**Žádost o odklad povinné školní docházky**

**Zákonný zástupce dítěte:**

* jméno a příjmení: ---------------------------------------------------------------------------------------
* datum narození: --------------------------------------------------------------------------------------
* místo trvalého pobytu (popř. jiná adresa pro doručování): --------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Ředitelka školy:**

* jméno a příjmení: Mgr. Alena Bernardová
* škola: Základní škola Zásmuky, okres Kolín

 **Žádám** o odklad povinné školní docházky pro dítě

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (jméno a příjmení dítěte)

pro školní rok 2024/2025 z důvodu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Přílohy:

1. Doporučení školského poradenského zařízení (např. pedagogicko-psychologické poradny)
2. Doporučení odborného lékaře (popř. praktického lékaře) nebo klinického psychologa

Dne …………………………… ………………………………………………...

 podpis zákonných zástupců