Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa

Základná škola

Komenského 2

05921 Svit

Vec

**Žiadosť o odklad povinnej školskej dochádzky**

 V súlade so zákonom č. 245/2008 (školský zákon) žiadam na základe odporučenia všeobecného lekára pre deti a dorast a odporučenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva o odklad začiatku plnenia povinnej školskej dochádzky dieťaťa.

Meno a priezvisko dieťaťa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa bydliska (ulica, číslo, PSČ, miesto):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miesto narodenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko všeobecného lekára pre deti a dorast, sídlo zariadenia:

Názov a sídlo príslušného zariadenia výchovného poradenstva, v ktorom bolo vykonané vyšetrenie dieťaťa:

Vo.........................................dňa........................ .....................................................

 podpis zákonného zástupcu

Prílohy:

1. Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast
2. Vyjadrenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie