

Základní škola a mateřská škola Regionu Karlovarský venkov 362 61 Sadov 32 IČ 71 340 696

**ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

**VE ŠKOLNÍM ROCE ………………./…………………**

**Zákonní zástupci dítěte**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa trvalého bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresa přechodného bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**žádají o odklad u dítěte**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum narození: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa trvalého bydliště: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresa přechodného bydliště: …………………………………………………………………………………………………………………….

Zdůvodnění žádosti………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**K odkladu uvádím následující informace**

1. Dokládám vyjádření poradenského pracoviště ……………………………………………………….. ze dne ………..
2. Dokládám vyjádření dětského lékaře……………………………………………………………………….ze dne………………

\*Souhlasíme se zpracováním osobních údajů

V ………………………………. dne ……………………………………………

Podpisy zákonných zástupců dítěte

…………………………………………………………. …………………………………………………………………..

zákonný zástupce zákonný zástupce