

*Ředitelství Základní školy a Mateřské školy Kožušany-Tážaly,
příspěvková organizace*

Žádost o odklad školní docházky

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození : _____

Rodné číslo: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Žádáme o odklad povinné školní docházky našeho dítěte o 1 rok.

K žádosti přikládáme doporučení

- odborného lékaře
- pedagogicko psychologické poradny

Podpis zákonného zástupce:

V _____ dne _____