

*Základní škola Šumvald*  
*Šumvald č. 204*  
*783 85*

## **Žádost o odklad povinné školní docházky**

Žádám o odklad povinné školní docházky o jeden rok pro mého syna (dceru):

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Místo trvalého pobytu	

z důvodu:

Žadatel – zákonný zástupce:

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Místo trvalého pobytu	
Identifikátor datové schránky	
Adresa pro doručování písemností, není-li shodná s adresou trvalého pobytu	

K žádosti přikládám (nehodící se škrtněte):

- Posouzení školského poradenského zařízení ANO – NE
- Posouzení odborného lékaře ANO – NE
- Posouzení klinického psychologa ANO – NE

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_