***Základní škola Beroun,*** *www.zswagnerka.cz*

*** Wagnerovo náměstí*** *tel.: 311 623 315*

***Wagnerovo nám. 458,*** *Beroun skola@zswagnerka.cz*

**ŽÁDOST O ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

**Zákonný zástupce**

Jméno ………………………………………………………………………………………………..

Adresa pro doručování ………………………………………………………………………….

Telefon ………………………….

**Dítě** ……………………………………………………………… nar. dne ………………………

Adresa **trvalého** bydliště ………………………………………………………………………………………………….

Žádám o odklad povinné školní docházky z důvodu:

Podle zákona § 37 zákona č. 561/2004 Sb., Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), dokládám (doložím) svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení (ped.psych. poradna) **a** odborného lékaře nebo klinického psychologa.

V  ……………………………..dne ……………… ……………….......…………………………….

 Podpis zákon. zástupce

Přílohy:

1. Vyjádření pedagogicko psychologické poradny
2. Vyjádření odborného lékaře nebo klinického psychologa

**POKUD NEMÁTE OBĚ PŘÍLOHY (PPP, LÉKAŘ) PROSÍM VYPLŇTE NÁSLEDUJÍCÍ TEXT**

Jméno dítěte…………………………………………………………. dat. narození……………………………………..

Vzdávám se nároku na písemné vyhotovení usnesení o přerušení správního řízení odkladu povinné školní docházky a jeho doručení.

V …………………………………. dne ……………………..

 …………………………………………………………

 podpis zákonného zástupce