**Základní škola Sokolov, Běžecká 2055**

Žádost o odklad povinné školní docházky

Jméno dítěte: ……………………………………………………………………………………….

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

Místo trvalého pobytu: ………………………………………………………………………..

Jméno zákonného zástupce: ………………………………………………………………..

ŘŠ: Mgr. Lada Jelašičová

Škola: Základní škola Sokolov, Běžecká 2055, Sokolov

**Žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok ………………………….**

**Důvod: ……………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

Přílohy:

1. Doporučení příslušného poradenského zařízení (PPP, SPC)

2. Doporučení dětského lékaře

Podpis zákonného zástupce: …………………………………………………………………………