



Základní škola a mateřská škola ANGEL v Praze 12
Angelovova 3183, 143 00 Praha 4

ŽÁDOST O ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení			
Adresa bydliště			
Telefon		e-mail	

Žádám o odklad školní docházky našeho dítěte

Jméno a příjmení			
Datum narození		Rodné číslo	
Důvod			

Podle zákona § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném, znění doložím svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře.

V _____ dne ____ . ____ . 20____ Podpis zákonného zástupce

Přílohy:

Posouzení školského poradenského zařízení

Posouzení odborného lékaře