**ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

1. **Žadatel (zákonný zástupce dítěte)**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………PSČ: ………………

1. **Adresát**

Základní škola a Mateřská škola Malešov, okres Kutná Hora

Žižkovo nám. 107, 285 41 Malešov

Mgr. Lenka Kolmanová, ředitelka školy

**Žádám o odklad povinné školní docházky svého dítěte**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………………

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

Trvalé bydliště: …………………………………………………………………………………………………PSČ: ……….....

**pro školní rok 2024/2025 z důvodu**

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

Přílohy:

1. Doporučení ŠPZ

2. Doporučení odborného lékaře/ klinického psychologa

V ……………………………………. dne …………………………….

 ……………………………………………..

 podpis zákonného zástupce