



Základní škola, Základní umělecká škola a Mateřská škola Stachy
Stachy 253, Stachy 384 73

IČO: 00 58 33 67
fax: 388 428 051
e-mail: skola@stachy.net

tel. ZŠ: 388 428 186, 388 428 055
ZUŠ: 388 428 289
MŠ: 388 428 380
ŠJ: 388 428 543

ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

I.

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Bydliště: _____

II.

Ředitel školy:

Jméno a příjmení: Mgr. Monika Kotherová, DiS.

Škola: Základní škola, Základní umělecká škola a Mateřská škola Stachy
384 73 Stachy 253

Žádám o odklad povinné školní docházky pro dítě:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Bydliště: _____

Pro školní rok: _____ z důvodu: _____

Přílohy k žádosti:

1. Doporučení odborného lékaře
2. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení

_____ datum a místo

_____ podpis zákonného zástupce



Základní škola, Základní umělecká škola a Mateřská škola Stachy
Stachy 253, Stachy 384 73

IČO: 00 58 33 67

fax: 388 428 051

e-mail: skola@stachy.net

tel. ZŠ: 388 428 186, 388 428 055

ZUŠ: 388 428 289

MŠ: 388 428 380

ŠJ: 388 428 543

ODBORNÁ VYJÁDŘENÍ K ODKLADU POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY:

I. Vyjádření lékaře: (stručné závěry vyšetření)

Jaké stanovisko zaujímají rodiče k doporučení lékaře:

Dne: _____

_____ razítko a podpis

II. Vyjádření Pedagogicko - psychologické poradny: (závěry vyšetření)

Jaké stanovisko zaujímají rodiče k doporučení poradny:

Dne: _____

_____ razítko a podpis