# Tyršova základní škola a mateřská škola Praha 5 – Jinonice,

# U Tyršovy školy 1/430

## **ŽÁDOST**

**o odklad povinné školní docházky pro šk. r. ........................**

### Žádáme o odklad povinné školní docházky pro dítě (jméno a příjmení): ................................................................................................................................

datum narození:...................................................................

trvalé bydliště..........................................................................................................

................................................................................................................................

Odklad povinné školní docházky žádáme z důvodu: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Jména a příjmení zákonných zástupců:

...............................................................................................................................

Doručovací adresa (včetně PSČ):

................................................................................................................................

 ........................................................................

 podpisy zákonných zástupců

V Praze dne ............................................

**Pokud žádáte o odklad povinné školní docházky, je nutné doložit vyjádření příslušného školského poradenského zařízení (pedagogicko psychologické poradny) a odborného lékaře nebo klinického psychologa – viz druhá strana žádosti.**

**Stanovisko školského poradenského zařízení:**

...................................... .....................................

 datum podpis a razítko

**Stanovisko odborného lékaře nebo klinického psychologa:**

....................................... .........................................

 datum podpis a razítko