

**Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

Kontakt (telefonní číslo, e-mail): \_\_\_\_\_

**Základní škola Tvarožná, příspěvková organizace**

**664 05 Tvarožná 176, IČ: 70875472**

Ředitelka: Mgr. Věra Floriánová

(kontakt: [skola.tvarozna@seznam.cz](mailto:skola.tvarozna@seznam.cz), 731117814)

**Žádost o odklad povinné školní docházky**

Žádám o odklad povinné školní docházky pro dítě:

jméno: \_\_\_\_\_

datum narození: \_\_\_\_\_ bydliště: \_\_\_\_\_

pro školní rok \_\_\_\_\_ z důvodu \_\_\_\_\_

*Přílohy:*

1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení

2. Doporučení odborného lékaře

.....

*podpis zákonných zástupců dítěte*

Datum podání žádosti: \_\_\_\_\_