

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA PRO ZRAKOVĚ
POSTIŽENÉ A VADY ŘEČI, PLZEŇ, LAZARETNÍ 25**

Ž Á D O S T

o odklad povinné školní docházky

Žádáme o odklad povinné školní docházky pro syna/dceru

Jméno dítěte:

datum narození:

Rodné číslo:..... Bydliště:

PSČ:

Telefon:

e-mail:

V Plzni dne:

Podpis zák. zástupců:

Přílohy: a) doporučení poradenského zařízení

b) doporučení odborného lékaře nebo klinického psychologa