



Základní škola a Mateřská škola Albrechtice

Adresa: Školní 20, 735 43 Albrechtice u Č. Těšína

Tel.: 596 428 447 | E-mail: sekretariat@zsalbrechtice.cz

IČO: 48004286 | Datová schránka: iaeqfxi

Web: www.zsalbrechtice.cz

ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Žadatel (zákonný zástupce dítěte):

Jméno a příjmení: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování: _____

Datum narození: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

(* vyplňte, pokud je odlišná od místa trvalého pobytu)

Podle § 37 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „školský zákon“),

žádám o odklad povinné školní docházky

mého dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

§ 37 odst. 1 školského zákona:

(1) Není-li dítě tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte v době zápisu dítěte k povinné školní docházce podle § 36 odst. 4, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku.



Základní škola a Mateřská škola Albrechtice

Adresa: Školní 20, 735 43 Albrechtice u Č. Těšína

Tel.: 596 428 447 | E-mail: sekretariat@zsalbrechtice.cz

IČO: 48004286 | Datová schránka: iaeqfxi

Web: www.zsalbrechtice.cz

Přílohy:

1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení ano ne
2. Doporučení odborného lékaře nebo klinického psychologa ano ne

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce dítěte: _____

Vyjádření ředitele základní školy:

Povoluji Nepovoluji odklad povinné školní docházky.

V _____ dne _____

Mgr. Tomáš Hlavenka – ředitel školy

Podpis ředitele základní školy: _____