**ŽÁDOST O ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY – ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI ŽÁKA**

**Zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení …………………………………………………………………….

Adresa …………………………………………………………………………………….

Telefon, e-mail: ……………………………………………………………………..

Datová schránka:……………………………………………………………………

**Žádost**

**Základní škole a Mateřské škole Byšice, okres Mělník, Komenského 200, 277 32 Byšice.**

Podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

**žádám o odklad povinné školní docházky**

Jméno dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum narození\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

z důvodu:

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žadatele \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Přílohy (je možné dodat později):**

Vyjádření pedagogicko-psychologické poradny (školského poradenského zařízení)

Vyjádření odborného lékaře nebo klinického psychologa