Jméno, příjmení zákonného zástupce …………………………………………………

Místo trvalého pobytu zákonného zástupce

…………………………………………………………………………………………

Základní škola a mateřská škola Lukov

Lukov 32

Mor. Budějovice 676 02

**Žádost o odklad povinné školní docházky**

Žádám o odklad povinné školní docházky své dcery/svého syna

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

Datum narození ……………………………………………………………………….

Místo trvalého pobytu …………………………………………………………..……

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 místo, datum podpis zákonného zástupce

**Přílohy**

*Doporučující posouzení školského poradenského zařízení*

*Doporučující posouzení odborného lékaře*

*nebo*

*Doporučující posouzení školského poradenského zařízení*

*Doporučující posouzení klinického psychologa*