

Základní škola Kopřivnice  
Alšova 1123  
Mgr. Milan Bureš  
ředitel školy  
Kopřivnice  
742 21

## ŽÁDOST

**o odklad školní docházky ve šk. roce 2017/2018**

Rodič (zákonný zástupce )

Jméno .....

Adresa .....

Telefon .....

Žádám o odklad školní docházky syna/dcery

Jméno a příjmení .....nar. dne .....

Adresa .....

z důvodu:.....

.....

.....

Podle § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) dokládám svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře nebo klinického psychologa.

V Kopřivnici dne:.....

.....

Podpis

Přílohy:

1. Vyjádření pedagogicko-psychologické poradny.
2. Vyjádření odborného lékaře nebo klinického psychologa.