ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY / REQUEST FOR DELAYED SCHOOL ATTENDANCE

**jméno a příjmení dítěte /child´s name and surname** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum narození / date of birth \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**zákonný zástupce dítěte:/child’s legal guardian:**

jméno a příjmení / name and surname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu / permanent address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

doručovací adresa/mailing address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefonní kontakt/telephone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail/e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok ……………………….. z důvodu / I request delayed school attendance for the school year ……………………….. due to**

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

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

podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)/in compliance with Section 37 of the Act No 561/2004 Coll. on pre-school, elementary, secondary and higher professinal education (Education Act)

**Přílohy: / Attachements:**

1. doporučení příslušného školského poradenského zařízení (PPP nebo SPC)/recommendation of the educational councelling facility (PPCC or SPC)

2. doporučení odborného lékaře (např. pediatr, klinický psycholog)/recommendation of a medical specialist (such as pediatrician, clinical psychologist)

**V Praze/In Prague \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis zák. zástupce/Legal guardian’s signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**