# Žádost o odklad povinné školní docházky

**Ředitel školy:**

Jméno a příjmení: Mgr. Kamil Bula

Škola: Základní škola a mateřská škola Mosty u Jablunkova 750, příspěvková organizace, 739 98 Mosty u Jablunkova 750

**Zákonný zástupce dítěte:**

Jméno a příjmení**:** ………………………………………………………………………

Datum narození**:** ………………………………………………………………………..

Místo trvalého pobytu: …………………………………………………………………

Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého bydliště):

………………………………………………………………………………………….

Žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok…………………………………….

pro ………………………………………………., datum narození: …………………,

 jméno a příjmení dítěte

trvalé bydliště: ……………………………………….

**Přílohy:**

1. doporučení příslušného školského poradenského zařízení
2. doporučení odborného, popř. dětského lékaře

V Mostech u Jablunkova ……………… …..……………………………..

 podpis zákonného zástupce

Vyjádření druhého zákonného zástupce dítěte: S žádostí souhlasím ……………………………

 podpis druhého zákonného zástupce