

ŽÁDOST O ODKLAD povinné školní docházky

Podle ustanovení § 37 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění **žádám o odklad povinné školní docházky o jeden rok**

pro školní rok:

Jméno a příjmení dítěte

Adresa bydliště

Datum narození

Dávám svůj souhlas Základní škole Chodov, Nejdecká 254, okres Sokolov, příspěvkové organizaci v souladu s obecným Nařízením evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 a podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění **se zpracováním, evidováním a předáváním osobních údajů**, pro účely vedení povinné dokumentace školy nebo jiných zákonných nebo oprávněných požadavků.

Údaje o žadateli – zákonném zástupci

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Telefon

E-mail

Datová schránka

Adresa bydliště

Doplňující informace k žádosti:

Žádost doložíme ZŠ Chodov, Nejdecká 254, okres Sokolov, příspěvkové organizaci doporučením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře (dětský lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost, popř. jiný lékař).

Datum a podpis zákonného zástupce

DOPORUČENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE k odkladu povinné školní docházky

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon):

§ 37

Odklad povinné školní docházky

(1) Není-li dítě tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte v době zápisu dítěte k povinné školní docházce podle § 36 odst. 4, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa. Začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku.

Jméno a příjmení dítěte

VYJÁDRĚNÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE

Doporučuji nedoporučuji odklad povinné školní docházky

Odůvodnění:

Datum:

.....
razítko a podpis lékaře