 **Žádost o odklad povinné školní docházky ZŠZKM \_\_\_/2024**

**1.** **Zákonný zástupce (žadatel):**

* jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* telefonní kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Základní škola:**

* název: **Základní škola Zámoraví, Kroměříž, příspěvková organizace**
* adresa: Švabinského nábřeží 2077/27, 767 01 Kroměříž
* statutární zástupce: Mgr. Ivana Uherková
* telefonní kontakt: 573 502 881

 **Žádám o odklad povinné školní docházky pro mého syna - dceru**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \* z důvodu: a) školní nezralosti

 b) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* dle potřeby upřesněte jiný důvod nezralosti

**K žádosti dokládám:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poznámka: K žádosti nutno doložit 1. doporučení odborného lékaře nebo klinického psychologa,

 2. doporučení školského poradenského zařízení (KPPP, SPC).

V Kroměříži dne \_\_\_\_\_\_\_\_ 2024

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

 podpisy zákonných zástupců dítěte