

---

Zákonný zástupca 1 (meno a priezvisko, adresa trvalého pobytu, telefón, e-mail)

---

Zákonný zástupca 2 (meno a priezvisko, adresa trvalého pobytu, telefón, e-mail)

Mgr. Katarína Valocková  
riaditeľka školy  
ZŠ, Stredisková 2735/5  
962 21 Lieskovec

VEC

**Žiadosť o odklad povinnej školskej dochádzky**

V súlade so zákonom č. 245/2008 (školský zákon) **žiadam** na základe odporúčenia všeobecného lekára pre deti a dorast a odporúčenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva **o odklad začiatku plnenia povinnej školskej dochádzky dieťaťa.**

Meno a priezvisko dieťaťa: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia \_\_\_\_\_ Miesto narodenia \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko všeobecného lekára pre deti a dorast, sídlo zariadenia:

\_\_\_\_\_

Názov a sídlo príslušného zariadenia výchovného poradenstva, v ktorom bolo vykonané vyšetrenie dieťaťa:

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpisy oboch zákonných zástupcov

*Prílohy:*

1. *Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast*
2. *Vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie*
3. *Informovaný súhlas*