

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA KASEJOVICE

PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, KASEJOVICE 318, 335 44 KASEJOVICE

TELEFON: 371 595 120, MOBIL: 731773 533, E-MAIL: REDITEL@ZSKASEJOVICE.CZ

IČO: 60611227

Žádost o odklad povinné školní docházky pro školní rok 2026/2027

Ředitelka školy:

Jméno a příjmení, titul: **Mgr. ŠTĚPÁNKA LÖFFELMANNOVÁ**

Škola: **Základní škola a Mateřská škola Kasejovice, příspěvková organizace, Kasejovice 318, 335 44 Kasejovice**

Žadatel - zákonný zástupce dítěte:

Příjmení a jméno datum narození

Adresa trvalého pobytu

Kontaktní adresa

Pokud se liší od adresy trvalého pobytu

telefon* e-mail*

** Údaje označené hvězdičkou **nejdou povinné**, slouží ale k usnadnění průběhu řízení, budou použity pouze za účelem rychlejší komunikace a uvádíte je **dobrovolně***

Žádám o odklad povinné školní docházky pro:

Příjmení a jméno dítěte datum narození

Adresa trvalého pobytu

V souladu se Školským zákonem č. 561/2004 Sb., § 37, odst. 1, a podle novely Školského zákona č. 49/2009 Sb. přikládám k žádosti doporučení příslušného školského poradenského zařízení a doporučení odborného lékaře nebo klinického psychologa.

.....
datum

.....
podpis zákonného zástupce