Základná škola - Alapiskola

Hlavná 638/2

951 05 Veľký Cetín

Vo Veľkom Cetíne dňa ..................................

**Vec: Žiadosť o odklad povinnej školskej dochádzky**

Žiadame riaditeľstvo školy o odklad povinnej školskej dochádzky v školskom roku 2021/2022 o 1 (jeden) školský rok pre svoje dieťa.

# Meno a priezvisko dieťaťa:

............................................................................................................................................................

nar.: ............................................v .................................. rodné číslo: ..............................................

trvale bytom: ......................................................................................................................................

prechodne bytom: ...............................................................................................................................

na školský rok: 2021/2022

Odôvodnenie:

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Priezvisko a meno otca, adresa trvalého bydliska, číslo telefónu

.............................................................................................................................................................

Priezvisko a meno matky, adresa trvalého bydliska, číslo telefónu

................................................. .....................................................

podpis 1.zákonného zástupcu podpis 2.zákonného zástupcu

Prílohy k žiadosti:

* vyjadrenie pediatra
* vyjadrenie CPPPaP