#  Žiadosť o odklad začiatku plnenia povinnej školskej

 **dochádzky**

**Zákonný zástupca žiaka**

*Meno a priezvisko (titul): ...............................................................................................*

*Adresa trvalého bydliska: .............................................................................................*

Podľa § 19 ods. 4 zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**žiadam o odklad začiatku plnenia povinnej školskej dochádzky môjho syna / dcéry** *Meno a priezvisko dieťaťa:* ....................................................................................................... *Rodné číslo:* ..............................................

*Bydlisko:* ....................................................................................................................................

na základe odporučenia všeobecného lekára pre deti a dorast a odporučenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.

Vo Zvolen dňa ................................ .................................................

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

 Podpisy zákonných zástupcov

*Prílohy:*

1. Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast
2. Vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie