
(Meno, priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko, telefonický kontakt, mailový kontakt)

**Základná škola
Šrobárova 20
080 01 Prešov**

Žiadosť o odklad plnenia povinnej školskej dochádzky

Žiadam o odklad plnenia povinnej školskej dochádzky svojho syna/dcéry o jeden školský rok k 1. septembru

Meno a priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia : Rodné číslo :

Trvalý pobyt dieťaťa:

Odôvodnenie:

.....
.....

K žiadosti prikladám odporúčanie CPPPaP a odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

Dátum:

podpis zákonného zástupcu

Prílohy

1. odporúčanie CPPPaP
2. odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast