

Správní orgán:  
Základní škola Orlová – Lutyně, příspěv. org.,  
Ke Studánce 1050, 735 14 okres Karviná  
Mgr. Robert Kaleta, ředitel školy

---

## **Žádost o odklad povinné školní docházky**

### **Žadatel (zákonný zástupce dítěte):**

Jméno a příjmení ....., datum narození .....,

trvalý pobyt .....,

adresa pro zasílání pošty (není-li shodná s adresou trvalého pobytu) .....

.....

č. telefonu (mobil), e-mail .....

Podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů

### **žádám o odklad školní docházky pro své dítě o jeden školní rok.**

**Jméno a příjmení dítěte** ....., datum narození .....,

trvalý pobyt .....

Dítě bylo u zápisu v Základní škole Orlová – Lutyně, Ke Studánce 1050, okres Karviná dne .....

Zákonní zástupci dítěte spolu žádost projednali a dohodli se, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání (přestupu do jiné základní školy, s odkladem školní docházky aj.) bude vyřizovat **zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení:.....

V případě, že budu žádat o odklad povinné školní docházky a správní řízení bude nutno přerušit do doby, než získám potřebná doporučující vyjádření a poté ukončit přerušení řízení, **vzdávám se** ve smyslu § 72 zákona č. 500/2004 Sb. o správním řízení v platném znění **nároku na doručení písemného vyhotovení usnesení o přerušení řízení a informaci o ukončení přerušení řízení.**

podpis zákonného zástupce .....

Doplňující informace k žádosti rodiče uvádí na zápisovém listě.

**Přílohy:** 1) Posouzení odborného (dětského) lékaře nebo klinického psychologa  
2) Posouzení příslušného školského poradenského zařízení (PPP nebo SPC)

---

Místo pro záznamy školy:

Žádost byla přijata dne ..... pod č.j. ....

podpis ředitele školy .....

**PODKLADY K ROZHODNUTÍ O ODKLADU ZAČÁTKU PLNĚNÍ  
POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY**

(posouzení odborného lékaře nebo klinického psychologa a příslušného školského poradenského zařízení)

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

**POSOUZENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE NEBO KLINICKÉHO PSYCHOLOGA**

datum: \_\_\_\_\_ podpis a razítko lékaře: \_\_\_\_\_

**POSOUZENÍ PŘÍSLUŠNÉHO ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ**

datum: \_\_\_\_\_ podpis a razítko: \_\_\_\_\_