

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

**Žádost o odklad povinné školní docházky,
pokud zdravotní stav dítěte dlouhodobě neumožňuje jeho účast ve
vyučování
děti nar. od 1.9.2019 do 31.3.2020**

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 přerušování řízení, **vzdávám se** ve smyslu § 72 zákona č. 500/2004 Sb. o správním řízení v platném znění **nároku na doručení písemného vyhotovení usnesení o přerušování řízení a informaci o ukončení přerušování řízení.**

podpis zákonného zástupce

Doplňující informace k žádosti rodiče uvádí na zápisovém listě.

Přílohy: 1) Posouzení příslušného školského poradenského zařízení (PPP nebo SPC)
2) Posouzení lékaře nebo klinického psychologa
(posouzení nemůže vydat praktický lékař pro děti a dorost ani pediatr)

Místo pro záznamy školy:

Žádost byla přijata dne pod č.j.

podpis ředitele školy

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

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Adresa bydliště: _____

POSOUZENÍ LÉKAŘE NEBO KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

datum: _____ podpis a razítko lékaře: _____

**POSOUZENÍ PŘÍSLUŠNÉHO ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ
(PPP nebo SPC)**

datum: _____ podpis a razítko: _____