ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY/ Заява про відстрочку обов'язкового шкільного навчання

**jméno a příjmení dítěte/** **ім'я та прізвище дитини** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum narození/ дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**zákonný zástupce dítěte:/** **законний представник дитини:**

jméno a příjmení/ ім'я та прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu/ місце постійного проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

doručovací adresa/ адреса одержувача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefonní kontakt/ контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail/e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok ……………………….. z důvodu/Прошу про відстрочку обов**'**язкового шкільного навчання на ……………………….. навчальний рік по причині**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podle ustanovení § 37 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)/ відповідно до положень § 37 Закону № 561/2004 Зб. про дошкільну, початкову, середню, вищу професійну та іншу освіту (Закон про освіту)

**Přílohy:/Додатки:**

1. doporučení příslušného školského poradenského zařízení (PPP nebo SPC)/ рекомендації відповідної шкільної консультаційної установи (PPP або SPC)

2. doporučení odborného lékaře (např. pediatr, klinický psycholog)/ довідка від лікаря-спеціаліста (наприклад, педіатра, клінічного психолога)

**V /У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis zák. zástupce/** **Підпис закон. представника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**