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

Základná škola

Ul. 17. novembra 31

083 01 Sabinov

**Vec**

Žiadosť o odklad plnenia povinnej školskej dochádzky

Žiadam riaditeľstvo Základnej školy, Ul. 17. novembra 31 v Sabinove o  odklad plnenia povinnej školskej dochádzky svojho dieťaťa:

**Meno a priezvisko:**

**Dátum a miesto narodenia:**

**Rodné číslo:**

**Bydlisko:**

o jeden školský rok k 1. septembru .....................

Odôvodnenie: .......................................................................................................................................................

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

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

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V Sabinove, dňa: ...................................................

 podpis zákonného zástupcu

Prílohy

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