
(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 odporúčenie CPPP a odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dorast.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V Sabinove, dňa:

.....
podpis zákonného zástupcu

Prílohy

1. Odporúčenie CPPP
2. Odporúčenie všeobecného lekára pre deti a dorast