(Meno, priezvisko, adresa a kontakt 1. zákonného zástupcu žiaka)

(Meno, priezvisko, adresa a kontakt 2. zákonného zástupcu žiaka)

Základná škola s MŠ

Školská 4

900 25 Chorvátsky Grob

V Chorvátskom Grobe, dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žiadosť o odklad povinnej školskej dochádzky o jeden školský rok**

Žiadam Vás o odklad povinnej školskej dochádzky v školskom roku 2020/21 o jeden školský rok pre svoje dieťa

meno a priezvisko:

dátum a miesto narodenia:

rodné číslo:

adresa trvalého bydliska:

Odôvodnenie:

 Podpis 1. zákonného zástupcu Podpis 2. zákonného zástupcu

Príloha č. 1 – Vyjadrenie pediatra

Príloha č. 2 – Vyjadrenie CPPPaP