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

**ZŠ s MŠ Rožkovany**

**Rožkovany 190**

**082 71**

**Žiadosť o odklad plnenia povinnej školskej dochádzky**

Žiadam o  odklad plnenia povinnej školskej dochádzky svojho syna/dcéry o jeden

školský rok k 1. septembru ................... .

Meno a priezvisko dieťaťa: .........................................................................................................

Dátum a miesto narodenia : ..................................................... rodné číslo .............................

Trvalý pobyt dieťaťa: ..................................................................................................................

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

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

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

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V Rožkovanoch, dňa.......................... ...................................................

 podpis zákonného zástupcu

Prílohy

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