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

/1. zákonný zástupca - meno, priezvisko, adresa, tel. kontakt/

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

/2. zákonný zástupca - meno, priezvisko, adresa, tel. kontakt/

 Riaditeľstvo ZŠ s MŠ

 420

 908 46 Unín

**Vec: Žiadosť o odklad školskej dochádzky**

Žiadame Vás o odklad školskej dochádzky v školskom roku .................../................ pre nášho syna/dcéru ......................................................................................, nar. ...................................,

bytom ................................................................., a to o 1 školský rok k 1. septembru ..............

z dôvodu: .....................................................................................................................................

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujeme.

V ........................................... dňa...................... .............................. .....................................

 podpisy oboch zákonných zástupcov

Prílohy

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