



Základní škola a Mateřská škola, Bílovice, okres Uherské Hradiště  
687 12 Bílovice 440

---

## ŽÁDOST O ODKLAD DÍTĚTE K ZÁKLADNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ

**pro školní rok...../.....**

(podle § 37 ods.1 školského zákona 561/2004 Sb. v platném znění)

**1. Zákonný zástupce dítěte:**

*Jméno, příjmení, titul:* .....

*Datum narození:* .....

*Místo trvalého pobytu:* .....

*Telefon:* .....

**2. Ředitel školy:**

*Jméno, příjmení, titul:* Tomáš Mlčoch, Mgr.

*Škola:* Základní škola a Mateřská škola  
687 12 Bílovice 440

**Žádám o odklad povinné školní docházky pro dítě:**

*Jméno, příjmení:* .....

*Datum narození:* .....

*Místo trvalého pobytu:* .....

**pro školní rok ...../.....**

Ke své žádosti přikládám:

1. Doporučení školského poradenského zařízení.
2. Doporučení odborného lékaře.

V ..... dne.....

.....  
podpis zákonného zástupce