

**Základní škola Heřmanův Městec, okres Chrudim**

Příspěvková organizace

Heřmanův Městec, náměstí Míru 1, PSČ 538 03

IČO: 70884064

Tel.: 469 695 101

e-mail: skola@zshm.cz

datová schránka: 483mmcm

---

**Žádost zákonných zástupců o udělení odkladu školní docházky**

Na základě odborného vyšetření a doporučení:

**pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra  
a odborného lékaře nebo klinického psychologa**

žádáme o odklad povinné školní docházky o jeden rok.

**Jméno a příjmení dítěte:** .....

Datum narození: .....

Místo trvalého pobytu: .....  
(popřípadě jiná adresa pro doručování):

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:** .....

Místo trvalého pobytu: .....  
(popřípadě jiná adresa pro doručování):

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

Podpis zákonného zástupce:

**Přílohy:**

1. Vyjádření pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra
2. Vyjádření odborného lékaře nebo klinického psychologa