|  |
| --- |
| **POSOUZENÍ ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO ZAŘÍZENÍ A ODBORNÉHO LÉKAŘE** |
| k Žádosti o odklad povinné školní docházky podanou dne: |  |
| ředitelství ZŠ Praha 3, Jeseniova 96, Praha 3 pro dítě: |  |
| **Jméno a příjmení dítěte:** |  |
| Datum narození: |  |
| Bydliště: |  |
| **Zákonný zástupce dítěte:** |  |
| Bydliště: |  |
| **Zdůvodnění žádosti:** |  |
|  |
|  |
|  |
| **ODBORNÉ DOPORUČENÍ** |
| **1) Školské poradenské zařízení** (pedagogicko-psychologická poradna): |
|  |
| **Datum:** |  | **Podpis a razítko:** |  |
|  |
| **2) Dětský lékař:** |
|  |
| **Datum:** |  | **Podpis a razítko:** |  |