**Základní škola, Most, Jakuba Arbesa 2454,**

**příspěvková organizace**

tel. sekretariát: 417639397 Č. j. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel: ředitel: 417639398

e-mail: [reditel@7zsmost.cz](mailto:reditel@7zsmost.cz)

<http://www.7zsmost.cz>

Spisová značka:………………………..

Registrační číslo přidělené pro účely oznámení rozhodnutí o odkladu:………………………..

**Žádost**

**Věc:** Žádost o odklad povinné školní docházky

**Zákonný zástupce dítěte**

Jméno a příjmení (rodiče): …………………………………………………………………

Místo trvalého bydliště:…………………………………………………………………….

telefon/e-mail :……………………………………………………………………………..

**Ředitelka školy**

Mgr. Libuše Hrdinová

Základní škola, Most, Jakuba Arbesa 2454, příspěvková organizace

Jakuba Arbesa 2454, 43401 Most

IČO: 47326204

**Žádám o přijetí do přípravného ročníku na školní rok 2020/2021**

pro dítě ……………………………………………………………….

datum narození……………………………………………………….

z důvodu …………………………………………………………….

Podle **zákona § 37 zákona č. 561/2004 Sb**., o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), doložím svou žádost posouzením příslušného školského poradenského zařízení a posudkem odborného lékaře.

Přílohy:

1. Doporučení příslušného školského poradenského zařízení

2. Doporučení odborného lékaře nebo klinického psychologa

V Mostě dne ………………..

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

(jméno, příjmení - navrhovatele - zákonného zástupce dítěte - matka) - podpis

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

(jméno, příjmení - navrhovatele - zákonného zástupce dítěte – otec) - podpis