**Základní škola Špitálská**

**se sídlem Špitálská 789, Praha 9 – Vysočany**

**Č. j.:**

***ŽÁDOST O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOC*HÁZKY**

**PRO DÍTĚ:…………………………………………………..**

**Datum narození:……………………………………**

**Zákonný zástupce dítěte**

Jméno a příjmení:……………………………………………………….

Datum narození:…………………………………….

Místo trvalého pobytu: …………………………………………………

 …………………………………………………………………………

**Ředitelka školy**

PaedDr. Alena Nídlová

Základní škola Špitálská

 se sídlem Špitálská 789, Praha 9 – Vysočany

**Žádám o odklad povinné školní docházky pro školní rok ………/………..**

**z důvodu:**

V Praze dne:

 ………………………………………

 podpis zákonného zástupce