



**Základní škola a Mateřská škola Oty Pavla Buštěhrad,  
okres Kladno**

Tyršova 77, Buštěhrad 273 43

---

Jméno, příjmení zákonného zástupce dítěte: .....

Místo trvalého pobytu, popř. jiná adresa pro doručování zákonného zástupce uchazeče:.....

Telefonní číslo: .....

E-mailová adresa: .....

*(telefonní číslo i email je nepovinný údaj, vhodné uvést s ohledem na pružnost správního řízení)*

Základní škola a Mateřská škola Oty Pavla Buštěhrad, okres Kladno

Tyršova 77 Buštěhrad 27343

## **Žádost o odklad povinné školní docházky**

Žádám o odklad povinné školní docházky své dcery/svého syna:

jméno a příjmení: .....

datum narození: .....

adresa trvalého pobytu: .....

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

podpis zákonného zástupce uchazeče .....

### **Přílohy**

*Doporučující posouzení školského poradenského zařízení*

*Doporučující posouzení odborného lékaře*

*nebo*

*Doporučující posouzení školského poradenského zařízení*

*Doporučující posouzení klinického psychologa*

Tel.: 312 250 530

E-mail: info@zsbustehrad.cz

Web: www.zsbustehrad.cz

IČ: 618 94 273, č. účtu: 0388173329/0800