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

Meno,  priezvisko a adresa zákonného zástupcu

 Základná škola

 *(ulica, číslo)*

Snina

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

 (dátum)

Vec

**Žiadosť o odklad začiatku plnenia povinnej školskej dochádzky**

Týmto žiadam riaditeľstvo Základnej školy *(ulica, číslo)* v Snine o odklad začiatku plnenia povinnej školskej dochádzky môjho syna (dcéry) ................................................................................,

nar. ........................, rod. číslo ................................., bytom .................................................................

na základe psychologického vyšetrenia zo dňa ........................... a lekárskeho odporúčania zo dňa ................................

K žiadosti prikladám výsledok psychologického vyšetrenia školskej zrelosti a odporúčanie lekára.

S pozdravom

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

 podpis zákonného zástupcu

V Snine dňa ..................................

**Prílohy:**

1. Oznámenie výsledku psychologického vyšetrenia školskej zrelosti
2. Odporúčanie lekára