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

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