

Základní škola a Mateřská škola Kozolupy, 330 32 Kozolupy

Žádost o odklad povinné školní docházky

pro školní rok 2021/2022

(podle § 36 odst. 4 a 5 školského zákona v souladu s § 45 správního řádu)

Žádám o odklad PŠD dítěte

Příjmení, jméno		Rodné číslo
-----------------	--	-------------

Datum narození	Adresa trvalého pobytu	PSC
----------------	------------------------	-----

Adresa MŠ, kterou dítě navštěvuje

Zákonní zástupci v den zápisu doloží povinné přílohy : a) Vyjádření odborného lékaře
b) Vyjádření příslušného školského poradenského zařízení (PPP, SPC) c) žádost o odklad PŠD

Další informace o dítěti (§ 17 odst. 2 vyhlášky č. 27/2016 Sb.; viz.str.2) :
speciální vzdělávací potřeby* :

zdravotní způsobilost ke vzdělávání či zdravotní obtíže* :

sociální znevýhodnění* :

Zákonní zástupci si zvolili společného zmocněnce pro jednání ve správním řízení a pro doručování písemností v souladu s § 20 a § 35 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů :

Zákonný zástupce dítěte (zmocněnec) :

Příjmení, jméno, titul

Adresa trvalého pobytu	PSC (dodací pošta)
------------------------	--------------------

telefon	e-mail	datová schránka
---------	--------	-----------------

Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s trvalým pobytem)	podpis zmocněnce
---	------------------

Zákonný zástupce dítěte (zmocnitel) :

Příjmení a jméno, titul	Adresa trvalého pobytu, PSC
-------------------------	-----------------------------

telefon	e-mail	podpis zmocnítele
---------	--------	-------------------

V _____ dne : _____ registrační číslo : _____

Přílohy (+počet listů) :

Žádost převzala : _____ den doručení : _____

Základní škola a Mateřská škola Kozolupy, 330 32 Kozolupy

Ostatní povinné údaje o dítěti :

místo narození :

mateřský jazyk :

státní občanství :

zdravotní pojišťovna :

kód ZP :

lékař, v jehož péči je dítě :

adresa :

telefon :

nastupuje dítě v řádném termínu k zápisu :

ano

ne

uvedte důvody odkladu povinné školní docházky :

dítě je pravák - levák - užívá obě ruce stejně :

Zdravotní problémy, postižení, chronické onemocnění dítěte (zrak, sluch, vada řeči, alergie, diabetes, LMP, epilepsie, srdeční vada, dietní omezení, apod.) _____

Další údaje o dítěti, které považujete za důležité (např. zvláštní schopnosti, dovednosti - matematické vloh, čtení, umělecké sklony, sportovní schopnosti) : _____

Nepovinné údaje (dle svého uvážení) -

zaměstnání zákonných zástupců :

otec :

matka :

sourozenci (příjmení a jméno, narození) :

Podpisy zákonných zástupců :

* Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami jsou dle § 16 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.):

se zdravotním postižením (tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, vady řeči, autistické spektrum, VPU, VPCH, postižení s více vadami)

se zdravotním znevýhodněním (dlouhodobé onemocnění, zdravotní oslabení, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení, chování)

se **sociálním znevýhodněním** (z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,

s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu).

Údaje jsou důvěrné podle zákona č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech.