
Meno, priezvisko, adresa a telefónny kontakt zákonného zástupcu

ZŠ s MŠ Oravský Podzámok 51
026 01 Dolný Kubín

Vec: Žiadosť o odloženie povinnej školskej dochádzky

Žiadam o odloženie povinnej školskej dochádzky v školskom roku
pre svojho syna/dcéru menom....., nar.....
rodné číslo.....bytom (uviesť adresu).....
.....

K žiadosti prikladám:

a/ odporúčanie psychológa/špeciálneho pedagóga

b/ odporúčanie lekára

c/ iné:.....

Dátum :

.....

Podpis zákonného zástupcu