|  |  |
| --- | --- |
| **ŽÁDOST O ODKLAD povinné docházky na školní rok 2020/21**  **Žadatel**  Jméno a příjmení:  Datum narození:  Místo trvalého pobytu:  Adresa pro doručování: | **C:\Users\Jana Zápotocká\Desktop\dokumenty škola\složka J K L M N O P Q R Ř\obrázky, loga, tiskopisy\zsnprA4 - nástěnka.jpg** |

**Správní orgán, jemuž je žádost doručována:**

Základní škola Nad Přehradou 469, Praha 10 –Horní Měcholupy

**Žádost**

Podle ustanovení §37 zákona č. 561/2004 Sb., v platném znění, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) **žádám o odklad povinné školní docházky**

jméno dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum narození\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

místo trvalého pobytu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Přílohy:*

*-doporučující posouzení příslušného školského poradenského zařízení*

*-odborného lékaře nebo klinického psychologa*

Zákonní zástupci dítěte se dohodli, že záležitosti spojené s přijetím k základnímu vzdělávání bude vyřizovat zákonný zástupce (jméno a příjmení):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mailová adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dávám svůj souhlas základní škole k tomu, aby zpracovávala a evidovala osobní údaje a osobní citlivé údaje mého dítěte ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění Evropského nařízení ke

GDPR.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum doručení žádosti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registrační číslo dítěte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum doručení přílohy č.1 *(posouzení školského poradenského zařízení)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum doručení přílohy č.2 *(posouzení lékaře) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*