

VYJÁDRĚNÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE

K ŽÁDOSTI ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O ODKLAD POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu : _____

Žadatel – zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu : _____

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE K ODKLADU ŠKOLNÍ DOCHÁZKY (zdravotní stav dítěte...):

Dne:

.....

razítko a podpis lékaře