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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa

 ZŠ Horný Vadičov

 Horný Vadičov 277

 023 45

**Žiadosť o odklad povinnej školskej dochádzky**

Žiadam Vás o odklad povinnej školskej dochádzky pre moje dieťa .............................................................,

narodené dňa.....................................v ................................., bytom ..........................................................

podľa § 19 ods. 4 Zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov na základe:

odporučenia všeobecného lekára pre deti a dorast (názov, sídlo zariadenia):

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

odporučenia príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie (názov, sídlo zariadenia):

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

 V zmysle Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dávame súhlas na spracovanie osobných údajov dieťaťa a jeho zákonných zástupcov pre potreby školy v súlade s § 11 ods. 6 Zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní.

V ................................................................. dňa....................................................

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

 Podpis zákonného zástupcu

Prílohy:

Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast

Vyjadrenie príslušného zariadenia výchovného poradenstva a prevencie.