**Z á k l a d n á š k o l a, P r i b i n o v a 3 4, 0 7 5 0 1 T r e b i š o v**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonický kontakt zákonného zástupcu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riaditeľstvo ZŠ

 Pribinova 34

 075 01 Trebišov

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

*Miesto, dátum*

***VEC: ŽIADOSŤ O  ODKLAD PLNENIA POVINNEJ ŠKOLSKEJ DOCHÁDZKY***

Na základe odporúčania pediatra a Centra pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie žiadam o povolenie odkladu plnenia povinnej školskej dochádzky pre:

 meno a priezvisko dieťaťa:

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

nar. .......................................................................

Príloha 1: Odporúčanie pediatra

Príloha 2: Odporúčanie Centra pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

V ....................................... dňa.................. Podpis zákonného zástupcu

www. zspribinovatv.edu.sk, e-mail: skola@zspribinovatv.edu.sk, Telefón: 056/672 72 70