

Posudek odborného lékaře

zákonný zástupce

Souhlasím s tím, aby lékař(ka) MUDr.

vyplnil/a níže

uvedené vyjádření, nutné pro posouzení žádosti k odkladu povinné školní docházky mého dítěte, včetně konkrétního uvedení objektivních potíží znemožňujících nástup k povinné školní docházce ve školním roce

Dne.....

Podpis žadatele

lékař

Doporučující potvrzení odborného lékaře o vhodnosti odkladu povinné školní docházky v ZŠ, ZUŠ a MŠ Ledenice vzhledem k objektivním příčinám:

- 1.
- 2.
- 3.

V.....

dne.....

razítko a podpis odborného lékaře