**Doporučující posouzení lékaře/klinického psychologa**

**k odkladu povinné školní docházky \*)**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení dítěte: | Datum narození dítěte: |
|  |  |
| Trvalý pobyt dítěte (v případě, že ho nemá, místo pobytu): | |
|  | |
| Důvod, pro který zdravotní stav dítěte dlouhodobě neumožňuje jeho účast ve vyučování: | |
|  | |
| Doba, po kterou není nebo nebude možná účast ve vyučování: | |
|  | |
| Specializace lékaře, který vydává doporučující posouzení (v případě klinického psychologa není nutno uvádět): | |
|  | |
| Kontaktní údaje lékaře/klinického psychologa (jméno a příjmení, adresa, telefon): | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum vydání doporučujícího posouzení: | Razítko a podpis lékaře/klinického psychologa: |
|  |  |