**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: |
|  |  |