



Základní škola a mateřská škola Šindlovy Dvory, p.o.

Šindlovy Dvory 40, Litvínovice, 37001
IČO: 750 00 709 tel: 603 561 874

Odborné posouzení klinického psychologa pro rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky (PŠD)

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

Bydliště:

Zákonný zástupce:

Kontakt (telefon/e-mail):

Posuzující klinický psycholog: jméno a příjmení

.....

Pracoviště: název zařízení, adresa, IČO

.....

.....

Kontakt na pracoviště: telefon/e-mail

Datum vyšetření:

Vyjádření lékaře:

☐ **Doporučuji** odklad PŠD o 1 rok, dlouhodobý zdravotní stav dítěte neumožňuje jeho účast ve vyučování v příštím školním roce.

☐ **Nedoporučuji** odklad PŠD.

V dne
razítko a podpis klinického psychologa