

DOPORUČUJÍCÍ POSOUZENÍ KLINICKÉHO PSYCHOLOGA

pro rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky (PŠD)

Dítě: narozené:

Bydliště:

Zákonný zástupce:

Kontakt (telefon/e-mail):

Posuzující klinický psycholog: Jméno Příjmení, **pracoviště:** název zařízení, adresa, **IČO:**

.....

.....

Kontakt na pracoviště (telefon/e-mail):

Datum vyšetření:

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

☐ **Nedoporučuji** odklad PŠD.

V dne
razítko a podpis klinického psychologa