



POSOUZENÍ ŠKOLNÍ ZRALOSTI – VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

pro rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky (PŠD)

ÚDAJE O DÍTĚTI A ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození	
Bydliště	
Zákonný zástupce	
Kontakt (telefon / e-mail)	

ZÁVĚR POSOUZENÍ

☐	Doporučuji odklad PŠD o 1 rok.
☐	Nedoporučuji odklad PŠD.

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Místo	Datum
Razítko lékaře pro děti a dorost	Podpis lékaře pro děti a dorost

Poznámka: Formulář je určen pro posouzení odkladu povinné školní docházky.