

DOPORUČUJÍCÍ POSOUZENÍ LÉKAŘE-SPECIALISTY

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)	

ÚDAJE O POSUZUJÍCÍM LÉKAŘI-SPECIALISTOVÍ

Jméno a příjmení, odbornost (obor)	
Pracoviště (název zařízení, adresa)	
IČO	
Kontakt na pracoviště (telefon / e-mail)	
Datum vyšetření	

ZÁVĚR POSOUZENÍ

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

POTVRZENÍ LÉKAŘE

Místo	Datum
Razítko lékaře-specialisty	Podpis lékaře-specialisty

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