

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