

ODBORNÉ VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

pro rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky (PŠD)

Jméno a příjmení dítěte: narozené:

Bydliště:

Zákonný zástupce:

Kontakt (telefon/e-mail):

Vyjádření lékaře:

Doporučuji odklad PŠD o 1 rok.

Nedoporučuji odklad PŠD.

V dne

.....
razítko a podpis lékaře