ODBORNÉ POSOUZENÍ LÉKAŘE – SPECIALISTY

pro rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky (PŠD)

Jméno a příjmení dítěte: …… narozené: ……

Bydliště: ……

Zákonný zástupce: ……

Kontakt (telefon/e-mail): ……

Posuzující lékař – specialista: jméno a příjmení, obor

……

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 lékaře – specialisty