

Posudek dětského lékaře o způsobilosti dítěte k zahájení povinného školního vzdělávání

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození nebo rodné číslo dítěte:

Doporučuji odklad zahájení povinného školního vzdělávání o jeden rok pro školní nezralost dítěte.

V (ve): Dne:

Dětský lékař:

Razítko a podpis:.....