

**ZÁZNAM O PROVEDENÉ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE -
ODKLAD ŠKOLNÍ DOCHÁZKY O 1 ROK**

Jméno, příjmení dítěte:narozen/a/:

Bydliště:Zdrav. pojišťovna:.....

Lékařská prohlídka byla provedena dne

u lékaře

Podle vyjádření lékaře je dítě:

- **schopno** zahájit povinnou školní docházku ve školním roce _____ bez odkladu o 1 rok*)

- **schopno** nastoupit ve školním roce _____ do školy bez odkladu s tímto **omezením***)

.....
- **neschopno** zahájit povinnou školní docházku ve školním roce _____ a je nutný odklad o 1 rok*)

zdůvodnění – závěr lékaře:

.....
podpis a razítko lékaře

*) nehodící se škrtněte

Potvrzení je pro potřeby Základní školy Luštěnice, okres Mladá Boleslav, a je podkladem pro správní rozhodnutí o odkladu školní docházky.