**Základná škola, Školská 1, 059 71 Ľubica**

**Žiadosť o oslobodenie od povinnosti dochádzať do školy a**

**neposkytovanie vzdelávania**

Žiadam o oslobodenie od povinnosti dochádzať do školy a neposkytovanie vzdelávania (podľa § 19 ods. 9) pre moje dieťa, ktoré je žiakom školy a ktorému jeho zdravotný stav neumožňuje vzdelávať sa.

Meno a priezvisko dieťaťa ....................................................................................................

Dátum narodenia ...................................................

Bydlisko ...................................................................................................... PSČ ........................

Dátum ....................................... ....................................................

podpis zákonného zástupcu

**Odporučenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum .......................................

........................................................

pečiatka a podpis lekára

**Odporučenie zariadenia výchovného poradenstva a prevencie**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum .......................................

........................................................

pečiatka a podpis zariadenia