



Základní škola a Mateřská škola  
Kamýk nad Vltavou,  
příspěvková organizace

**Základní škola a Mateřská škola Kamýk nad Vltavou,  
příspěvková organizace**

Kamýk nad Vltavou 141, PSČ 262 63;  
tel. 318 677 113; e-mail: skola@zsmkamynv.cz

**ŽÁDOST O POVOLENÍ POKRAČOVAT V ZÁKLADNÍM VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKOVI SE  
ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM - DO 20 LET VĚKU ŽÁKA**

*Na základě § 55, §16 zákona č.561/2004 Sb., (školský zákon), žádám pro své dítě povolení pokračování v základním vzdělávání. Jako přílohu přikládám doporučení školského poradenského zařízení.*

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:**

**DATUM NAROZENÍ:**

**MÍSTO TRVALÉHO BYDLIŠTĚ:**

**DŮVOD ŽÁDOSTI:**

---

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:**

**MÍSTO BYDLIŠTĚ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:**

V .....dne .....

**Podpis zákonného zástupce:**