**Spojená škola, Dúbravská cesta 1, 845 25 Bratislava**

**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