

## POSOUZENÍ ŠKOLNÍ ZRALOSTI

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Bydliště:

Škola: Základní škola a Mateřská škola Ševětín

Základní škola a Mateřská škola Ševětín, Školská 189, 373 63 Ševětín

Důvod vyšetření: **POSOUZENÍ ŠKOLNÍ ZRALOSTI**

Na žádost: rodičů

Stanovisko lékaře:

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

-----  
podpis a razítko