

Žádost o povolení opakování ročníku ze zdravotních důvodů

Ředitel školy: Mgr. Renata Sochorová

Zákonný zástupce dítěte:

Otec	telef. číslo	
jméno a příjmení		
bydliště		
adresa pro doručování		
MATKA	telef. číslo	
jméno a příjmení		
bydliště		
adresa pro doručování		

Zákonní zástupci dítěte (žáka) se dohodli, že všechny záležitosti spojené s žádostí bude vyřizovat
 zákonný zástupce (jméno a příjmení): _____

Žadatel:

jméno a příjmení			
bydliště			
dat. narození		třída	

Odůvodnění žádosti:

Datum: _____

podpis zákonného zástupce

Žádost přijal: _____

(datum a podpis odpovědného pracovníka)