



Žádost o opakování ročníku ze zdravotních důvodů

Žadatel

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování pošty (nesouhlasí-li s trvalým bydlištěm):

Tel.: _____ e-mail: _____

Podle §52, odst., 6 zákona 561/2004 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů

žádám pro svého syna/dceru

Jméno dítěte: _____ datum narození: _____

Bydliště: _____

Žáka/žákyně třídy: _____

Povolení opakování _____ ročníku na Základní škole Uničov, Pionýrů 685 pro školní rok _____ ze závažných zdravotních problémů.

K žádosti přikládám doporučující vyjádření odborného lékaře ze dne _____

V _____ dne _____

podpis žadatele