

Žádost o opakování ročníku ze zdravotních důvodů

Žádost o opakování ročníku pro žáka/yni.

1. Zákonný zástupce dítěte, který žádost podává

Jméno a příjmení :

Datum narození :

2. Syn/dcera, který/á školu navštěvuje

Jméno a příjmení :

Datum narození :

Místo trvalého pobytu :

.....

3. Ředitel školy

Mgr. Hynek Zavřel

Základní škola a Mateřská škola Otnice, okres Vyškov

Žádám o opakování ročníku školní docházky pro školní rok/..... z důvodů

.....

.....

.....

Přílohy:

Doporučení příslušného školského poradenského zařízení nebo doporučení odborného lékaře.

podpis zákonných zástupců

V dne

Název zdravotnického zařízení
Odborný lékař – razítko:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte :

Charakteristika dítěte: doporučení – závěr vyšetření

.....
.....
.....

Dne :

.....
podpis a razítko lékaře