



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA LICHNOV,
OKRES NOVÝ JIČÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Žádost o opakování ročníku ze zdravotních důvodů

V souladu s ustanovením § 52, odstavce 6 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v plném znění, žádám o opakování _____ ročníku svého syna/své dcery z vážných zdravotních důvodů.

Informace o žákovi:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Informace o zákonném zástupci žáka:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Kontaktní adresa (v případě, že se liší od adresy trvalého pobytu): _____

Telefon, e-mail: _____

Datová schránka: ano _____ ne

Závažným zdravotním důvodem je:

K této žádosti přikládám doporučující vyjádření odborného lékaře ze dne: _____

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce

Příloha:

Doporučující vyjádření odborného lékaře