

Základní škola Lipůvka, příspěvková organizace, Lipůvka 283, 679 22 Lipůvka

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., ve znění pozdějších předpisů

žádám pro svého syna/dceru

Jméno dítěte: _____ datum narození: _____

bydliště: _____

žáka/žákyně třídy: _____

povolení opakování ročníku na Základní škole Lipůvka, příspěvková organizace, pro školní rok

Závažným zdravotním důvodem je:

.....
.....

K žádosti přikládám doporučující vyjádření odborného lékaře ze dne.....

V _____ dne _____

.....
podpis žadatele