



Základní škola Lipůvka, příspěvková organizace

Lipůvka 283, 679 22 Lipůvka

tel./fax: +420 516 431 537, e-mail: reditelka@zslipuvka.cz, IČO 62073184

Žádost o opakování ročníku ze zdravotních důvodů

Zákonní zástupci

Otec – jméno a příjmení: _____

E-mail: _____ Mobil: _____

Trvalé bydliště: _____

Adresa pro doručování pošty (neshoduje-li se s trvalým bydlištěm): _____

Matka - jméno a příjmení: _____

E-mail: _____ Mobil: _____

Trvalé bydliště: _____

Adresa pro doručování pošty (neshoduje-li se s trvalým bydlištěm): _____

Žádáme pro svého syna/svou dceru podle §52, odst. 6 zákona 561 Sb., ve znění pozdějších předpisů, povolení opakování _____ ročníku na Základní škola Lipůvka, příspěvková organizace, pro školní rok _____.

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Trvalý pobyt: _____

Žáka/žákyni třídy: _____

Závažným zdravotním důvodem je _____

K žádosti přikládám doporučující vyjádření odborného lékaře ze dne: _____

V _____ dne _____

Podpisy zákonných zástupců: _____