



ŽÁDOST O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

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

Žadatel:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu:

Tel: email:

Vážený pane řediteli,

žádám Vás tímto pro svého syna/ svoji dceru:

Jméno: Příjmení:

Datum narození: Třída:

Bydliště:

**o povolení na Základní škole a Mateřské škole Nikolčice, příspěvková organizace,
pro školní rok opakovat ročník ze závažných zdravotních důvodů.**

**Současně přikládám doporučující vyjádření odborného lékaře ze dne..... .
Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.**

V.....

dne.....

Podpis žadatele:

Vyjádření třídního učitele:

- ☐ Doporučuji povolit opakování ročníku
- ☐ Nedoporučuji povolit opakování ročníku

Podpis třídního učitele:

Vyjádření ředitele školy:

- ☐ Povoluji opakování ročníku.
- ☐ Nepovoluji opakování ročníku.

Podpis ředitele školy: