



Základní škola a mateřská škola Pozořice, p.o.

U Školy 386, 664 07 Pozořice

tel.: 774 840 021; email: info@zspozorice.cz

Číslo účtu: 2000155677/2010 Fio banka

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: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

tel: _____ e-mail: _____

Vážený pane řediteli,

žádám Vás tímto pro svého syna/dceru (jméno dítěte) _____

datum narození: _____ ročník _____

bydliště: _____

o povolení na Základní škole a mateřské škole Pozořice, 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: _____