Žádost o opakování ročníku

Žák/žákyně: ………………………………………….

Datum narození: ………………………………………….

Třída: ………………………………………….

Zákonný zástupce: ………………………………………….

V souladu s § 52, odst. 6, zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, žádám o opakování ročníku z vážných zdravotních důvodů.

Datum: ………………………………………… Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjádření odborného lékaře:**

(v případě, že je součástí žádosti zvlášť vystavené lékařské potvrzení, není třeba vyplňovat)

Datum vystavení lékařského potvrzení:

Vyjádření lékaře:

jméno, podpis, razítko