



Z á k l a d n í š k o l a M i k o l á š e A l š e a M a t e ř s k á š k o l a M i r o t i c e , o k r e s P í s e k

tel: 382 229 247, e-mail info@zsmirovice.cz

Č.j.

<http://www.zsmirovice.cz>

Vaše značka

Žádost rodičů o povolení opakování ročníku z vážných zdravotních důvodů

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:.....

Adresa bydliště:.....

Telefon:.....

Základní škola Mikoláše Alše a Mateřská škola Mirovice, okres Písek

Mirovice, Školní 234

398 01 Mirovice

Vážený pane řediteli, vážená paní ředitelko

Žádáme, aby náš syn (dcera):.....

Narozen(a) dne:.....

Opakoval(a).....ročník základní školy

Zdůvodnění:

Opakování ročníku žádáme na základě §52 odst.6 zákona 561/2004 Sb. (Školský zákon) a přiloženého vyjádření doporučujícího vyjádření odborného lékaře.

V..... dne.....

.....
Podpis zákonného zástupce