

ŽÁDOST O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Žádám o opakování ____ ročníku ze zdravotních důvodů pro:

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Třída:

Bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Bydliště:

Telefonní číslo:.....

K žádosti o opakování ročníku ze zdravotních důvodů přikládám vyjádření/doporučení lékaře.

Podpis zákonného zástupce:

Vedne.....