



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.

Ve Frýdku-Místku dne:

.....

Podpis zákonného zástupce: