



Základní škola a Mateřská škola Chotíkov
Chotíkov 173, 330 17
tel.: +420 377 821 580
e-mail: skola@zs-chotikov.cz

Žádost o opakování ročníku ze zdravotních důvodů

Žadatel

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Adresa pro doručování pošty (nesouhlasí-li s trvalým bydlištěm): _____

Tel: e-mail: _____

Podle §52, odst., 6 zákona 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů

žádám pro svého syna/dceru

Jméno dítěte: datum narození: _____

bydliště: _____

žáka/žákyně třídy: _____

povolení opakování _____ ročníku na Základní škole a Mateřské škole Chotíkov,
příspěvková organizace, pro školní rok _____.

Závažným zdravotním důvodem je:

K žádosti přikládám doporučující vyjádření odborného lékaře ze dne _____

V _____ dne _____

podpis žadatele