

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Adresa:

Základní škola a Mateřská škola Hodice, příspěvková organizace

Základní škola

Hodice 86
589 01 Třešť

Žádost o uvolnění žáka z vyučování / předmětu
na základě § 50 zákona č. 564/2004 Sb. (Školský zákon)

Žádám o **částečné – úplné** uvolnění dítěte _____
(nehodící se škrtněte) (jméno a příjmení)

Třída / ročník _____ školní rok _____

z vyučování / předmětu _____

na dobu od _____ do _____.

Důvod (Poznámka: zdravotní důvody je nutno doložit vyjádřením lékaře s uvedením činností, které žák nemůže provádět):

Současně **žádám – nežádám** o uvolnění bez náhrady vyučování, neboť předmět je v rozvrhu (nehodící se škrtněte) zařazen na začátek nebo konec vyučovacího bloku. Jsem si vědom(a), že do rozhodnutí ředitelky školy o uvolnění musí být dítě přítomno ve vyučování.

V Hodicích dne

.....
podpis zákonného zástupce

Doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře:

Doporučuji vyhovět výše uvedené žádosti v rozsahu:

a) částečné uvolnění ANO - NE z činností:

b) úplné uvolnění ANO – NE

V dne

.....

razítko a podpis lékaře