Jméno a příjmení dítěte: ………………………………………....……….

Datum narození: ……………………

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: ……………………………………..………………………

Adresa: ……………………………….……………………………………….

Adresa pro doručování pošty: …………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………….

Žádám o povolení opakování 9. ročníku dcery/syna na Základní škole Chabařovice, Masarykova 559, okres Ústí nad Labem ve školním roce ……………… z důvodu:

…………………………………………………………………………………………………...…

…………………………………………………………………………………………………...…

V Chabařovicích dne ……………………

 …………………………………….

 Podpis

# Žádost o povolení opakování 9. ročníku základní školy