+420 602 149 049

email@zschaba.cz

Základní škola Chabařovice,
příspěvková organizace
Masarykova 559
403 17 Chabařovice

ŽÁDOST O ČÁSTEČNÉ NEBO ÚPLNÉ UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z PŘEDMĚTU

…….- šk. rok ……

Žák/žákyně:

Jméno, přijmení: …….

Datum narození: ……...

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno, přijmení: …….

Adresa: ……...

Žádám o uvolnění dcery/ syna z hodin……..dle vyjádření lékaře.

V . . . . . dne . . . . . .

. . . . . .

podpis zákonného zástupce

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Pro výše uvedeného žáka doporučuji

ČÁSTEČNÉ UVOLNĚNÍ Z

Zakázaná činnost

……
……

Platí pro období

pololetí celý školní rok ……

od-do

ÚPLNÉ UVOLNĚNÍ Z

Vyjádření lékaře

……
……

Platí pro období

pololetí celý školní rok ……

od-do

…….. …….

datum razítko a podpis lékaře