

ŽADATEL:
(jméno, příjmení, místo trvalého pobytu)



Mgr. Bc. Radovan Šikula – ředitel školy
Základní škola a Mateřská škola Staré Město, okr. Šumperk
Nádražní 77, 788 32 Staré Město, skola@zssm.cz, 583 239 230

Ž Á D O S T

O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU Z VÁŽNÝCH ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

/ podle odst.6, § 52 Zákona č.561/2004 Sb. (školského zákona) /

561/04, §52, odst.6: „Ředitel školy může povolit žákovi na žádost jeho zákonného zástupce a na základě doporučujícího vyjádření odborného lékaře opakování ročníku z vážných zdravotních důvodů, a to bez ohledu na to, zda žák na daném stupni již opakoval ročník.

pro školní rok 20__ - 20__

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Místo narození: Státní občanství:

Místo trvalého pobytu:

Vážné zdravotní důvody dítěte:

doporučení – vyjádření odborného lékaře (viz zvláštní list)

Jméno a příjmení zákonného zástupce

(matka nebo otec dítěte):

Místo trvalého pobytu:

(adresa pro doručování písemností:)

Telefonické spojení:

(výše uvedené údaje jsou zpracovávány pro ŠKOLNÍ MATRIKU ŠKOLY – zákon č.561/2004 Sb., § 28)

Ve Starém Městě dne: Podpis žadatele:

ŽADATEL:
(jméno, příjmení, místo trvalého pobytu)



Mgr. Bc. Radovan Šikula – ředitel školy
Základní škola a Mateřská škola Staré Město, okr. Šumperk
Nádražní 77, 788 32 Staré Město, skola@zssm.cz, 583 239 230

**Příloha k
Ž Á D O S T I
O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU
Z VÁŽNÝCH ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ**
/ podle odst.6, § 52 Zákona č.561/2004 Sb. (školského zákona) /

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Místo narození: Státní občanství:

Místo trvalého pobytu:

Podpis žadatele (zákon.zástupce dítěte):

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Vážné zdravotní důvody dítěte:

Datum

.....
Razítko a podpis lékaře