

ŽÁDOST O POVOLENÍ OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU

ze závažných důvodů

1. Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

2. Ředitelka školy:

Mgr. Sylva Kostelníčková
Základní škola Bochoř, okres Přerov
Školní 213/13, 751 08 Bochoř

Žádám o povolení opakování ____ ročníku pro své dítě

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Adresa: _____

ve vaší základní škole pro školní rok _____ z těchto důvodů:

V _____ dne _____

Podpis zákonného zástupce

Příloha:

*Vyjádření odborného lékaře

Žádost převzal/a: _____

Dne: _____