



Základní škola Velký Šenov
Mírové nám. 440, PSČ 407 78,
tel. 412354001, E-mail: info@zsvelkysenov.cz

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z VYUČOVÁNÍ

Žádáme o uvolnění z vyučování

pro našeho syna - dceru _____ třída _____

na dobu od _____ do _____ z důvodu _____

Podmínkou uvolnění je plán doplnění učiva zpracovaný předem i úroveň a chování žáka.

Přikládáme písemné lékařské doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře. *(Pokud je důvod zdravotní.)*

V _____ dne _____

podpis rodičů

VYJÁDŘENÍ TŘÍDNÍHO UČITELE

S rodiči byl domluven plán doplnění učiva.

S uvolněním _____

podpis TU

VYJÁDŘENÍ ŘEDITELE ŠKOLY

Ředitel školy

- na základě žádosti zákonných zástupců žáka
- vyjádření třídního učitele
- písemném doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře

uvolňuje – neuvolňuje žáka – žákyni z vyučování na dobu _____.

V _____ dne _____

podpis ředitele školy