ZŠ KOSTOMLATY

ZŠ KOSTOMLATY NAD LABEM
Školní 402
289 21 Kostomlaty nad Labem
email: info@zskostomlaty.cz
web: zskostomlaty.cz

Žádost o částečné uvolnění z vyučování Tv.

Žádám o částečné uvolnění z vyučování Tv dítěte:

Příjmení, jméno: ………..…………………………………..…………………………
Datum narození: …………..………………………………..………………………
Ročník (třída): ………………………………………………………………………..

v Základní škole Kostomlaty nad Labem na ....pololetí školního roku 20…/20…ze zdravotních důvodů na základě lékařského doporučení.

Zákonný zástupce dítěte:
Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………..
Telefon: ………………………………………………………………………………
Email: ……………………………………………………………………………...

Doplňující informace k žádosti:
………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………

V………………..……………………
dne …………………………………..

____
podpis zákonného zástupce dítěte

Příloha: Lékařské doporučení