



Žádost o opakování [] ročníku

- * z prospěchových důvodů
- * ze zdravotních důvodů (nutné doložit lékařskou zprávou)

Žák/žákyně:

Příjmení a jméno: []

Datum narození: []

Třída: []

Třídní učitel: []

Adresa:

Ulice: [] Číslo popisné: []

Obec: [] PSČ: []

Zákonný zástupce nezletilého žáka/žákyně:

Příjmení a jméno: []

Adresa:

Ulice: [] Číslo popisné: []

Obec: [] PSČ: []

Odůvodnění žádosti:

[]

[]
Datum

.....
Podpis zletilého žáka/zákonného zástupce

Vyjádření ředitelky školy:

*zaškrtnutím vyberte důvod