



ŽÁDOST O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Jméno a příjmení žáka/žákyně:, datum nar.:

Adresa:

E-mail: Tel.:

Třída: Obor:

Žádám o opakování ročníkuve školním roce

Obor

Odůvodnění: **důvody zdravotní*** **prospěchové***

(Uveďte konkrétní důvody nespěchu, a proč chcete opakovat ročník.)

Datum: Podpis:

Podpis zákonného zástupce:

Povinné přílohy:

Potvrzení lékaře v případě zdravotních důvodů.