

## ŽÁDOST O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

**Žádám o opakování ..... ročníku ze zdravotních důvodů pro:**

**Jméno a příjmení dítěte:** .....

**Datum narození:** .....

**Třída:** .....

**Bydliště:** .....

**Jméno a příjmení otce:** .....

**Bydliště:** .....

**Telefonní číslo:** .....

**Jméno a příjmení matky:** .....

**Bydliště:** .....

**Telefonní číslo:** .....

K žádosti o opakování ročníku ze zdravotních důvodů je přiloženo vyjádření lékaře.

V Jablonci nad Nisou, dne: .....

Podpis otce: .....

Podpis matky: .....