Základní škola a Mateřská škola Krčín

Žižkovo náměstí 1, Nové Město nad Metují 549 01

IČO 72020865

TELEFON: 491 470 171 E-MAIL: zskrcin@zskrcin.cz

**Žádost o uvolnění žáka z výuky**

(ozdravný pobyt)

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………….

 Třída: ……………. Datum narození: …………………..

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………….

Důvod žádosti: ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

**Důležité upozornění:**

**Školní řád odstavec a) Povinnosti žáků a zákonných zástupců:**

1. **Zákonný zástupce žáka zodpovídá za doplnění a osvojení zameškaného učiva do tří dnů po návratu žáka do školy.**

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ………………………………………………………...

Podpis zákonného zástupce: …………………………………….

Vyjádření třídního učitele: souhlasím - nesouhlasím

Datum: ………………… Podpis třídního učitele: ………………………………………

Vyjádření ředitelky školy: souhlasím - nesouhlasím

Datum: ………………… Podpis ředitelky školy: ………………………………………