Čj. …………………………

**Žádost o uvolnění z předmětu**

###  **Účastník řízení (údaje o žákovi)**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno | Příjmení |
| Datum narození |
| Trvalé bydliště (včetně PSČ) |

#  **Vedlejší účastníci řízení (zákonní zástupci)**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení | Jméno a příjmení |
| Datum narození | Datum narození  |
| Trvalé bydliště (včetně PSČ) | Trvalé bydliště (včetně PSČ) |
| E-mail | E-mail |
| Datová schránka | Datová schránka |
| Adresy pro doručování písemností  |

#  **Správní orgán**

|  |
| --- |
|  Základní škola a Mateřská škola Litvínov, Ruská 2059, okres Most |

Žádám o uvolnění z výuky ……………………………………………… ze zdravotních důvodů. V rozvrhu jsou hodiny tohoto předmětu zařazeny:

den-dny ……………………, hodina…………………… (*vyplní tř.učitel/ka*)

Zároveň, žádám – nežádám\*, aby můj syn – moje dcera\* nenavštěvoval(a) hodiny daného předmětu – daných předmětů, které jsou v rozvrhu zařazeny jako koncové.

 \* - nehodící se škrtněte

# V Litvínově dne ......…….....................

# Podpis zákonných zástupců …………………………… ……………………………

#

Převzato dne:………………………………… Podpis:…....................................................

**Příloha:** lékařské doporučení/lékařský posudek (1 pololetí a déle)