



Žádost o uvolnění z výuky ze zdravotních důvodů

(dle §50 zákona 561/2004 Sb. v platném znění)

Jméno zákonného zástupce dítěte:

Bydliště:

Žádám o uvolnění dítěte

nar. třída z výuky v termínu níže.

• Termín uvolnění (datum od – do):

Prohlašuji, že jsem si vědom/a možných důsledků absence žáka/žákyně na průběh vzdělávání a nezbytnosti doplnění zameškaných povinností za období absence dle pokynů vyučujících.

Datum: Podpis zákonného zástupce:

Vyjádření lékaře: (vyplní lékař)

UVOLNĚNÍ na základě výše popsaného - DOPORUČUJI - NEDOPORUČUJI

V Olomouci dne
razítko a podpis lékaře

Vyjádření ředitele školy:

Po vyjádření lékaře s uvolněním - SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM

V Olomouci dne
podpis ředitele školy