



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. třídaz 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