

**Žádost o uvolnění ze zdravotních nebo jiných závažných důvodů
dle Zákona č.561/2004 Sb. (školský zákon), § 50, odst. 2**



Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Ročník:

ZŠ a MŠ Dolní Domaslavice, 201

739 38 Dolní Domaslavice

Adresa trvalého pobytu žáka:

Jméno a příjmení zákonného zástupce žáka:

Adresa trvalého pobytu zákonného zástupce žáka (není-li totožné s bydlištěm žáka):

Žádám o uvolnění z důvodů

Období

Předměty

Ředitel školy určí náhradní způsob vzdělávání žáka v době vyučování daného předmětu

podpis zákonného zástupce.....

v dne.....