



Základní škola, Most, Obránců míru 2944,
příspěvková organizace

Žádost o uvolnění žáka – žákyně z výuky

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:.....

Bydliště:.....tel:.....

Žádám Vás o uvolnění syna – dcery

žáka – žákyně třídy.....narozeného – narozené

z výuky předmětu.....

v období od.....do..... ze zdravotních důvodů, jež dokládám

potvrzením lékaře.

Děkuji za vyřízení své žádosti.

V

dne

Podpis zákonného zástupce:.....