

Základní škola a Mateřská škola Orlické Podhůří  
Orlické Podhůří Řičky 59, 562 01 Orlické Podhůří

## Žádost o uvolnění žáka/žákyně z vyučování

### Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

### Žák/žákyně

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Třída: \_\_\_\_\_

Žádám o uvolnění z vyučování dne \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

z důvodu \_\_\_\_\_

(např. návštěva lékaře, preventivní prohlídka, apod.)

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

**Beru na vědomí, že okamžikem odchodu dítěte z prostoru školy z jakýchkoliv důvodů přebírám veškerou právní odpovědnost vyplývající z povinnosti dohledu nad dítětem.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce