

Základní škola a Mateřská škola 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