V Písku

DD, MŠ, ZŠ a PrŠ Písek

Šobrova 111

Na základě doporučení MUDr. ……………………………..ze dne …………………………žádám o uvolnění dcery/ syna z vyučování a) po celou dobu školní docházky x

 b) ve školním roce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Na vyučování bude přítomen/na pouze ve dnech

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Den v týdnu | Počet hodin ve škole | Doba odchodu ze školy |
| Pondělí |  |  |
| Úterý |  |  |
| Středa |  |  |
| Čtvrtek |  |  |
| Pátek |  |  |

……………………………………….

Podpis zákonného zástupce

|  |
| --- |
| Vyjádření lékaře:Pro výše uvedeného žáka doporučuji:Na období: a) po celou dobu školní docházky x b) ve školním roce Razítko a podpis lékaře |