



Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola

Praha 4, 5. května 51, IČ: 00638722 DIČ: CZ00638722

tel.: 244 105 001, fax: 244 105 043

e-mail: zdravotnickaskola@centrum.cz web: www.zdravotnickaskola5kvetna.cz

Třídní učitel:

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA ZE ŠKOLNÍ VÝUKY DO 5 DNŮ

PŘÍJMENÍ A JMÉNO ŽÁKA:

TŘÍDA:

DŮVOD ŽÁDOSTI (od-do):

.....
.....

Beru na vědomí, že si zameškanou učební látku žák doplní do 1 týdne.

Datum:

.....
Podpis zákonného zástupce:
(v případě zletilých - žák)

Vyjádření třídního učitele:
(prospěch, absence, souhlas, nesouhlas)

.....
podpis třídního učitele

(Při sporných rozhodnutích projednat s ředitelkou školy. Uvolnění na více než 5 dnů rozhoduje ředitelka školy).