



**Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola**  
Praha 4, 5. května 200/51, IČO: 00638722  
tel.: 244 105 001  
e-mail: [sekretariat@szs5kvetna.cz](mailto:sekretariat@szs5kvetna.cz) web: [www.zdravotnickaskola5kvetna.cz](http://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).