

Žádost o opakování ročníku

Žádám tímto o povolení opakování _____ ročníku oboru _____
ve školním roce _____ z důvodu:

- nesplnění studijních povinností v minulém školním roce
 zdravotního
 osobního

Děkuji za vstřícný přístup a vyhovění mé žádosti.

Žadatel

Jméno: _____ Příjmení: _____
Datum narození: _____ Rodné číslo: _____
Mobil: _____ E-mail: _____

Bydliště

Ulice: _____ Číslo: _____
Město: _____ PSČ: _____

V _____ dne _____

podpis žadatele

Zákonný zástupce

Jméno: _____ Příjmení: _____

Bydliště

Ulice: _____ Číslo: _____
Město: _____ PSČ: _____

podpis zákonného zástupce

Vyjádření zástupce ředitele: **souhlasím / nesouhlasím**

podpis zástupce ředitele

Vyjádření ředitele školy: **souhlasím / nesouhlasím**

podpis ředitele