Střední zdravotnická škola, Opava, příspěvková organizace

Mgr. Monika Gebauerová

Dvořákovy sady 176/2

746 01 Opava

**Žádost o opakování ročníku**

Vážená paní ředitelko,

žádám Vás o možnost opakovat ……..…… ročník z důvodu:

* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení žáka/žákyně: ……………………………………..**,**  třída: …………..

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ………………………………………………………..

Bydliště …………………………………………………………………………………………

Kontakt (tel., e-mail) ……………………………………………………………………………

Datum …………………

Podpisy:

nezletilého žáka/žákyně ………………………………………………………..…………….…

zákonného zástupce ………………………………………………………………..……………

zletilého žáka/žákyně ………………………………………………...…………………………

Datum …………………

Vyjádření třídního učitele …………………………………………………………………...….

Podpis třídního učitele: …………………………………………

Datum …………………

Vyjádření ředitele školy ……………………………………………………………………..….

Podpis ředitele školy ……………………………………………