

**Základní škola Brno, Arménská 21, příspěvková organizace**

**spisová značka (doplní škola):**

**Žádost o povolení opakování ročníku ze závažných zdravotních důvodů v Základní škole Brno, Arménská 21, příspěvková organizace**

**Zákonný zástupce dítěte**

**Dítě**

**jméno a příjmení:**

**jméno a příjmení:**

**trvalé bydliště:**

**datum narození:**

**e-mail:**

**trvalé bydliště:**

**telefon:**

**třída:**

**adresa pro doručení:**

**Ředitel školy:**

**jméno a příjmení: Mgr. Vladan Urbánek**

**škola: Základní škola Brno, Arménská 21, příspěvková organizace**

**Žádám o povolení opakování .....ročníku pro své dítě.....**

**v Základní škole Brno, Arménská 21, příspěvková organizace pro školní rok.....**

**z těchto zdravotních důvodů:**

**Příloha:**

- **vyjádření odborného lékaře**

.....  
**podpis zákonného zástupce dítěte**