**Žádost o uvolnění z  výuky**

 **Jméno zákonného zástupce dítěte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Trvalé bydliště:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Komu: ředitelství ZŠ Sulejovice, Kaplířova 94, 411 11 Sulejovice

 Paní ředitelko,

 žádám Vás o uvolnění mého dítěte z vyučování.

 **Jméno**  **dítěte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **narozeného:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **třída:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ze školního vyučování v době od:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **do:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 z důvodu:

* ozdravného pobytu \*
* sportovního soustředění \*
* rodinných důvodů \*
* jiné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*nehodící se škrtněte

 **Zákonní zástupci souhlasí s tím, že zajistí doplnění zameškaného učiva svého**

 **dítěte.**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonných zástupců

Vyjádření ředitelky školy dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_