

**Žádost zákonného zástupce**  
**o povolení opakování ročníku z vážných zdravotních důvodů**  
(dle ustanovení § 52, odst. 6, zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon)

*Základní škola Moravský Beroun, okres Olomouc, příspěvková organizace  
Opavská 128  
793 05 Moravský Beroun*

Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás s žádostí o opakování ročníku mého syna/mojí dcery  
(dle ustanovení § 52, odst. 6, zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon):

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Místo trvalého bydliště: .....

Ve školním roce: .....

z vážných zdravotních důvodů.

**Svou žádost dokládám vyjádřením odborného lékaře.**

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení: .....

Místo trvalého bydliště: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

V ..... dne: .....

Podpis zákonného zástupce: .....