



ZÁKLADNÍ ŠKOLA  
A MATEŘSKÁ ŠKOLA  
LIBCHAVY

**ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA LIBCHAVY**  
Dolní Libchavy 153, 561 16 Libchavy  
IČO 75018790  
REZ IZO: 600104796

**Žádost zákonného zástupce o uvolnění žáka z vyučování**

**Zákonný zástupce**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

**Žák**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_

**Žádám o uvolnění z vyučování od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ z důvodu \_\_\_\_\_ (např. rodinná dovolená, rekreace, sportovní soustředění, apod.).**

**Prohlašuji, že jsem si vědom/a možných důsledků absence žáka na průběh vzdělávání a zajistím doplnění zameškaných povinností za období absence dle domluvy s jednotlivými vyučujícími.**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

Vyjádření třídního učitele:

Po konzultaci s vyučujícími **doporučuji / nedoporučuji** uvolnění.

Podpis třídního učitele/učitelky: \_\_\_\_\_

Vyjádření ředitelky školy:

Po vyjádření třídního učitele/učitelky **vyhovuji / nevyhovuji** žádosti o uvolnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis ředitelky školy: \_\_\_\_\_