SOŠ a SOU Praha – Čakovice

k rukám p. ředitelky Mgr. Věry Novákové

Ke Stadionu 623, 196 00 Praha 9 – Čakovice

**Žádám o povolení opakování ročníku (mé dcery/syna) na Vaší škole**

|  |
| --- |
| ŽÁK |
| **Příjmení** |  |
| **Jméno** |  |
| **Třída** |  |
| Datum narození |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  | PSČ |  |
| Telefon pevná linka |  | Mobil |  | E-mail |  |
| **Adresa pro doručování, pokud se liší od adresy trvalého bydliště** |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  | PSČ |  |
|  |
| ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE  |
| **Příjmení** |  |
| **Jméno** |  |
| **Adresa**  |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  | PSČ |  |
| Telefon pevná linka |  | Mobil |  | E-mail |  |
|  |
| **Třída a obor minulý školní rok** |  |
| **Třída a obor aktuální školní rok** |  |
|  |
| ODŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI  |
|  |

V …………………..……………………………….. dne ………………………................

………………………………………………………. ..…..…..……………………………………………

 Podpis nezletilého žáka Podpis zákonného zástupce nebo zletilého žáka