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