**Žádost o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu – zdravotní důvody**

**\*Zákonný zástupce** (jméno a příjmení)**: ..………………………………..………………………………………………………………………………………………………**

**Bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

\*Vyplňte v případě, že žák není zletilý

­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení žáka: ……………………………………………………………………………………………………………………**

**Datum narození: ………………………………………. Třída ………………………………….**

**Bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Datum: …………………………Podpis zákonného zástupce/zletilého žáka:…………......................................**

**Pozn.: Nutno doložit potvrzení lékaře!**