

ŽÁDOST O ÚPRAVU ZKOUŠENÍ ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Jméno a příjmení studenta:	Třída:
----------------------------	--------

Potvrzení lékaře	
Diagnóza	Časový rozsah zdravotních problémů zasahujících závažným způsobem do školní docházky a přípravy (od - do, popř celý šk. rok)
Podpis	Razítko

Žádám o	
a) zkoušení jen po předchozí domluvě	
b) zkoušení jen po předchozí domluvě a zřízení studijního plánu v následujících předmětech:	
c) zřízení studijního plánu pro všechny vyučované předměty	
Datum:	Podpis studenta:
Jméno a podpis zákonného zástupce nezletilého studenta:	

Vyjádření třídního profesora a vyučujících:
