

**Základní škola při Psychiatrické nemocnici Bohnice**

Ústavní 91, Praha 8, tel: 283 851 898, e-mail: skola@zsbohnice.cz, IČO: 70828083

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ V PRŮBĚHU VYUČOVÁNÍ**

Žádám o uvolnění svého syna – své dcery ze školní docházky v níže uvedeném termínu.

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození žáka:

Třída / ročník:

Důvod nepřítomnosti žáka:

**Den a čas odchodu ze školy:**

**Způsob opouštění školy:**

1. žák odchází samostatně (od výše uvedeného času přebírá za žáka veškerou odpovědnost zákonný zástupce)
2. žák odchází se zákonným zástupcem
3. jinak – jak:

**Žák se do školy: NEVRACÍ VRACÍ** v: hodin

**Jsem si vědom(a) všech právních důsledků, které toto mé rozhodnutí může mít a činím jej dobrovolně.**

Jméno a příjmení zákonného zástupce žáka:

V Praze dne: podpis zákonného zástupce