

Žádost o ukončení individuálního vzdělávání

Žák

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ Datum narození: _____

Trvalý pobyt: _____

Zákonný zástupce žáka

Jméno a příjmení: _____

Trvalý pobyt: _____

Doručovací adresa: _____

Telefonní číslo: _____ Datová schránka (pokud máte): _____

E-mailová adresa: _____

Podle ustanovení § 41 odst. 8 písm. e) zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,

žádáme o ukončení individuálního vzdělávání žáka

od _____ v Základní škole pro žáky s poruchami zraku, sídlem nám. Míru 601/19, 120 00 Praha 2.

V _____ dne _____

podpis zákonného zástupce