Základní škola Přibyslav

Česká 31, 582 22 Přibyslav
+420 569 484 802
sekretariat@zspribyslav.cz

07 | ŽÁDOST O STANOVENÍ ZPŮSOBU VZDĚLÁVÁNÍ ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

§ 50 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon

Oznamuji, že zdravotní stav mého syna / mé dcery mu/jí po dobu delší než dva měsíce neumožňuje účastnit se vyučování ve škole, a žádám proto o stanovení způsobu vzdělávání odpovídajícího jeho/jejím možnostem s ohledem na zdravotní stav.

Jméno a příjmení dítěte / žáka	**Datum narození** .....
Třída	**Školní rok** .....
Jméno a příjmení zákonného zástupce	**Telefon / e-mail** .....
Adresa trvalého pobytu dítěte / žáka	**Adresa pro doručování, je-li odlišná** .....

Předpokládané období, po které se žák nebude moci účastnit vyučování ve škole

Zdravotní omezení důležitá pro organizaci vzdělávání

Možnosti žáka – konzultace, práce doma, online spojení apod.

Další skutečnosti důležité pro nastavení vzdělávání a hodnocení

PŘÍLOHY / PODKLADY PRO NASTAVENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

☐ lékařské vyjádření popisující omezení relevantní pro účast žáka ve vyučování a vzdělávání
☐ další odborný podklad, je-li k dispozici: .....

V ..... dne .....

.....
podpis zákonného zástupce

Přijato dne ..... Převzal/a .....