

**Soukromá střední odborná škola Frýdek-Místek,
s. r. o.**

ŽÁDOST O OPAKOVÁNÍ ROČNÍKU

Jméno a příjmení žáka/žákyně: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Bydliště: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Obor vzdělání: _____ Třída: _____

Zákonný zástupce: _____

Bydliště zákonného zástupce: _____

Žádám o opakování:

Ročníku: _____ Oboru: _____

Odůvodnění žádosti:

V _____ dne _____

Podpis žáka/žákyně: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Vyjádření ředitelky školy

Nesouhlasím s opakováním ročníku.

Souhlasím s opakováním ročníku od: _____

Ve Frýdku-Místku dne _____

Podpis a razítko školy: _____