

UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU PRAXE

V souladu s ustanovením § 67 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, **na základě doporučení lékaře oznamuji uvolnění z předmětu Praxe:**

Jméno, příjmení: _____ Datum nar.: _____

Adresa bydliště: _____ Třída: _____
(ulice, PSČ, obec)

Jméno, příjmení zák. zástupce*: _____

Sdělují Vám, že v případě úplného uvolnění nebude žák hodiny Praxe navštěvovat. Po tuto dobu přebírám za syna/dceru plnou zodpovědnost.*

Zároveň beru na vědomí, že určité kompetence, které jsou součástí výuky předmětu Praxe, jsou nezbytné pro úspěšné absolvování profilové maturitní zkoušky. Žák si tyto kompetence doplní samostudiem.

V _____ dne _____

Svým podpisem vyjadřuji souhlas.

Podpis žáka: _____ Podpis zák. zástupce*: _____

* Vyplňte, pokud je žák nezletilý.

VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE – pro výše uvedeného žáka doporučuji (prosíme, označte křížkem):

ÚPLNĚ uvolnění z předmětu.

Zdůvodnění: _____

ČÁSTEČNĚ uvolnění z předmětu. Žák bude výuku navštěvovat, nebude však vykonávat následující **zakázané činnosti nebo navštěvovat určité prostředí** (prosíme, vypište):

Uvolnění z Praxe platí pro období (prosíme, zakřížkujte a doplňte):

_____ pololetí šk. roku _____ ; celý šk. rok _____

Razítko a podpis lékaře: _____

VYJÁDRĚNÍ ŘEDITELE ŠKOLY č.: _____