**Spojená škola, Dúbravská cesta 1, 845 25 Bratislava**

**Žiadosť o skrátenie vyučovania**

 Žiadam o skrátenie vyučovania môjho dieťaťa z dôvodu jeho zdravotného stavu.

Meno a priezvisko dieťaťa ................................................................................................

Dátum narodenia ............................................................................................................

Bydlisko .................................................................................... PSČ ...........................

Dátum ........................................... ....................................................

 podpis zákonného zástupcu

**Vyjadrenie všeobecného lekára pre deti a dorast**

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

Dátum ................................... ............................................................

 pečiatka a podpis lekára