

---

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa, kontakt

Základná škola  
Pri kríži 11  
841 02 Bratislava

Vec:

**Žiadosť o povolenie individuálneho vzdelávania zo zdravotných dôvodov**

Dolupodpísaný \_\_\_\_\_ týmto žiadam pre môjho syna/dcéru \*  
\_\_\_\_\_, ktorý/á je žiakom/žiacou\* \_\_\_\_\_ triedy,  
narodeného/narodenej \_\_\_\_\_ trvalým bydliskom \_\_\_\_\_  
o povolenie individuálneho vzdelávania od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ zo zdravotných  
dôvodov.

**Príloha:** Vyjadrenie lekára špecialistu

\_\_\_\_\_  
Miesto, dátum

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupcu

---

**Vyjadrenie RŠ:**

Vedenie ZŠ, Pri kríži 11, Bratislava **súhlasí/nesúhlasí\*** s individuálnym vzdelávaním žiaka.

\_\_\_\_\_  
Miesto, dátum

\_\_\_\_\_  
podpis riaditeľky školy

\* nehodiace sa škrtnite