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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa bydliska, telefonický a e-mailový kontakt

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa bydliska, telefonický a e-mailový kontakt

Základná škola,

Kulíškova 8

821 08 Bratislava

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

Dovoľujem si Vás požiadať o povolenie individuálneho vzdelávania podľa § 24 ods. 2 písm. a) školského zákona č. 245/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov pre môjho syna / moju dcéru\*

meno a priezvisko: .............................................................................................................................................

dátum narodenia: ..............................................................................................................................................

rodné číslo: .........................................................................................................................................................

trvalý pobyt: .......................................................................................................................................................

žiaka / žiačky\* ..................... ročníka.

Dôvody na povolenie individuálneho vzdelávania:

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

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

Žiadam o povolenie individuálneho vzdelávania na školský rok / obdobie\*:

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

Ďalšie skutočnosti, ktoré majú vplyv na individuálne vzdelávanie:

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

**Prílohy žiadosti:**

Prílohy žiadosti:

1. Vyjadrenia centra poradenstva a prevencie

2. Vyjadrenie pediatra

3. Individuálny vzdelávací program žiaka

4. Doklady k ďalším skutočnostiam, ktoré majú vplyv na individuálne vzdelávanie\*\*

S pozdravom,

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

 zákonný zástupca - otec (podpis) zákonný zástupca – matka (podpis)

V ............................................................................, dňa ...............................................

 \*nehodiace sa prečiarknite alebo zmažte

\*\* ak sa vás riadok netýka, text prečiarknite alebo zmažte (vyplňte napr. ak má dieťa špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby)