*(Meno , priezvisko, adresa trvalého bydliska, telefón, e-mail)*

Stredná odborná škola OaS

 Pelhřimovská 1186/10

 026 80 Dolný Kubín

 Dolný Kubín, dňa: ............................

Vec

**Žiadosť o individuálny učebný plán zo zdravotných dôvodov**

Žiadam Vás o povolenie zmeny formy štúdia z dennej na formu podľa individuálneho učebného plánu

v školskom roku ................................, trieda ........................ odbor.........................................................

Dôvodom je zhoršenie môjho zdravotného stavu, ktorý mi neumožňuje pravidelne denne sa zúčastňovať vyučovania.

S pozdravom

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

 podpis žiaka

**Vyjadrenie zákonného zástupcu:** meno, priezvisko .............................................................................

súhlasím – nesúhlasím

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

 podpis zákonného zástupcu

**Vyjadrenie – odôvodnenie lekára k individuálnemu učebnému plánu:**

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

**Záver:** Potvrdzujem, že charakter vyššie uvedených zdravotných problémov nie je prekážkou pokračovať v štúdiu zvoleného odboru (ani na teoretickom, ani na praktickom vyučovaní) a potvrdzujem, že menovaný žiak je naďalej zdravotne spôsobilý študovať zvolený odbor (vypísať názov):

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

V ................................................ .........................................................

dňa: .................................... podpis lekára, pečiatka