*(Zákonný zástupca: 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

môjmu synovi / dcére: ............................................................................................................... v školskom roku ..........................................., trieda ........................ odbor.................................................................

Dôvodom je zhoršenie jeho/jej zdravotného stavu, ktorý mu/jej neumožňuje pravidelne sa denne zúčastňovať vyučovania.

S pozdravom

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

 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