**Žádost o distanční formu výuky**

Jméno a příjmení žáka…………………………………………………………………………………

Datum narození ………………………………………………………………………………………...

Trvalé bydliště …………………………………………………………………………………………

Žádám, aby u výše uvedeného žáka probíhala výuka distanční formou z důvodu jeho zdravotního stavu.

V……………………………………. dne…………………………………………………………….

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení………………………………………………..Podpis……………………………