**ŽÁDOST**

o povolení vzdělávání podle **individuálního vzdělávacího plánu**

**pro školní rok 20\_\_/20\_\_**

Jméno zákonného zástupce:

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

Datum narození:

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

Místo trvalého pobytu:

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

Škola: Základní škola a mateřská škola Bukovany

 okres Hodonín, příspěvková organizace

 Školní 132

 Bukovany **696 31**

Žádám o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu pro:

…………………………………………………………………………………………

Narozeného/ narozenou ………………………………………………………….

Z těchto důvodů: (typ zdravotního postižení)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

K žádosti přikládám doporučení pedagogicko-psychologické poradny, (speciálně pedagogického centra).

V Bukovanech dne …………………………

podpis zákonných zástupců ……………………………………………….