**Zákonný zástupce žáka:**

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

Bydliště …………………………………………………………………………………….

**Základní škola Studénka, Sjednocení 650, příspěvková organizace**Sjednocení 650
742 13 Studénka

**Žádost o zařazení dítěte do třídy s upraveným vzdělávacím programem
pro žáky se zdravotním postižením (vadou řeči) ve školním roce …………………**

Žádám o zařazení mého syna/dcery……………………………………………………....,

narozeného/narozené dne……………………bytem…………………………………....

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

do třídy – 1. ročníku základní školy s upraveným vzdělávacím programem pro žáky se zdravotním postižením (vadou řeči), a to od ……………………

*Beru na vědomí, že o zařazení do třídy rozhodne ředitelka školy na základě kladného písemného doporučení speciálně pedagogického zařízení.*

V …………………………………….. dne………………………….

………………………………………………

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce