



Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Šumperk,
příspěvková organizace
787 01 Šumperk, Kladská 234/2
tel: 583 213 308, 725 337 435
e-mail: reditel@szssumperk.cz
www.szssumperk.cz

Souhlas se zastupováním při omlouvání absence

Já, níže podepsaný rodič

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____

souhlasím s tím, aby i po dovršení 18 let věku mého syna/mé dcery

jméno a příjmení žáka/žákyně: _____

datum narození: _____ třída: _____

byla absence ve škole omlouvána jako dosud, tedy jako v případě nezletilé/ho žáka/žákyně.

Zároveň já, výše uvedený/á žák/žákyně, potvrzuji, že s tímto postupem souhlasím. Tento souhlas platí po dobu studia, případně do jeho písemného odvolání.

V _____ dne _____

podpis rodiče _____

podpis žáka/žákyně _____