

ŽÁDOST O ČÁSTEČNÉ NEBO ÚPLNÉ UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

1. Žádám o uvolnění žáka/žákyně z předmětu TV dle vyjádření lékaře

jméno, příjmení: _____ datum nar.: _____

adresa (ulice, PSČ, obec): _____ třída: _____

zastoupený/á zákonným zástupcem: _____

_____ datum

_____ podpis zákonného zástupce
(příp. zletilého žáka)

2. Vyjádření lékaře

Pro výše uvedeného žáka doporučuji (*prosím, označte křížkem*):

- ÚPLNÉ uvolnění z tělesné výchovy.
- ČÁSTEČNÉ uvolnění z tělesné výchovy. *Žák bude navštěvovat tělesnou výchovu, nebude však vykonávat následující zakázané činnosti:*

Platí pro období (*prosím, označte křížkem*):

- pololetí celý školní rok _____ od-do

_____ Datum

_____ razítko a podpis lékaře

3. Vyjádření ředitele školy k žádosti č. _____