

ŽÁDOST O ÚPLNÉ/ČÁSTEČNÉ UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

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

Příjmení, jméno: _____ nar.: _____

Adresa (ulice, obec, PSČ.): _____ třída: _____

Zastoupen/a zákonným zástupcem: _____

Datum: _____ Podpis zák. zástupce: _____ (příp. zletilého žáka)

2. Vyjádření lékaře

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

ÚPLNĚ uvolnění z tělesné výchovy.

Žádám/nežádám, aby byl můj syn/dcera zproštěn/a docházky do hodin TV.

ČÁSTEČNĚ uvolnění z tělesné výchovy.

Žák/žákyně bude navštěvovat hodiny TV, 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 ředitelky školy k žádosti: _____