

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)

1. 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

2. Vyjádření ředitelky školy k žádosti:

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

.....

.....

Datum

Razítko a podpis ředitelky