

Žádost uvolnění z předmětu tělesná výchova

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

jméno, příjmení: _____

datum narození: _____

adresa (ulice, PSČ, obec): _____

třída/ročník: _____

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:

pololetí: _____ školní rok: _____ od-do: _____

Datum a razítko, podpis lékaře

3. Vyjádření ředitele školy

Souhlasím / nesouhlasím s uvolněním žáka z tělesné výchovy

Datum: _____ podpis: _____