

Žádost o uvolnění žáka z tělesné výchovy (dále TV)

Zákonný zástupce / zletilý žák

Jméno a příjmení: _____

Telefon: _____

Žák

Jméno a příjmení: _____ Třída: _____

Datum narození: _____ Školní rok: _____

Trvalé bydliště: _____

Na základě doporučení ošetřujícího lékaře (specialisty) žádám o uvolnění žáka z tělesné výchovy v následujícím rozsahu (vyhovující označte křížkem):

 úplné částečné, omezení: _____ 1. pololetí 2. pololetí

V případě úplného uvolnění z TV prohlašuji, že v době, kdy probíhá výuka TV, přebírám za žáka odpovědnost. Netýká se základní školy!

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce /
zletilého žáka: _____

Důležité upozornění: K žádosti musí být přiloženo doporučení ošetřujícího lékaře (specialisty), které nesmí být starší dvou měsíců.