**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA**

Jméno a příjmení žáka: ……………………………………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení zákonného zástupce: …………………………………………………………………………………..

Datum narození: …………………………………………………………………………….

Bydliště: …………………………………………………………………………………………

Třída: …………………………….

Vyjádření zákonného zástupce:

Žádáme, aby náš syn (dcera) byl (a) uvolněn (a) ze zdravotních důvodů z předmětu tělesná výchova.

V ……………………………………………………. dne ……………………………………….

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce

Vyjádření lékaře:

Doporučuji uvolnit z předmětu tělesná výchova:

úplně na dobu od ……………………………………………… do ………………………………………………… \*

částečně na dobu od ……………………………………….… do ………………………………………………… \*

Zdůvodnění uvolnění: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Druh omezení: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

V …………………………………………………….. dne …………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis a razítko lékaře