

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

č.j. /

Žádám, aby moje dcera – můj syn

Jméno:

Příjmení:

Rodné číslo:

Třída:

Třídní učitel

Byl uvolněn – byla uvolněna z TV

v pololetí školního roku /

v období od do

V

Dne

Podpis rodičů

Vyjádření dorostového – odborného lékaře *)

A.*) Doporučuji **úplné** osvobození od tělesné výchovy v období:

B.*) Doporučuji **částečné** osvobození od tělesné výchovy v období:

Jmenovaný – jmenovaná nesmí (může pouze *) :

C.*) Uvolnění z tělesné výchovy není ze zdravotního hlediska nezbytné

V

Dne

Razítko a podpis lékaře

Podpis vyučujícího tělesné výchovy

Podpis třídního učitele

Na základě § 50, odst. 2, zák.č. 561/2004 Sb. (školský zákon) a výše uvedených lékařských doporučení rozhodují z titulu ředitelky školy o uvolnění žák/žákyně z tělesné výchovy.

Datum:

Razítko školy:

Podpis ředitele školy:

*) zakroužkujte vhodnou možnost