

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Třída: _____

Žádám o uvolnění z tělesné výchovy pro svého syna – dceru:

_____ nar.: _____

Z důvodu: _____

Adresa bydliště: _____ PSČ: _____

Jméno a příjmení rodičů (zákon. zástupce)¹: _____

Bydliště, je-li odlišné od bydliště žáka/žákyně¹: _____

V Praze dne: _____
_____ podpis zákonného zástupce / zletilého žáka

Poznámky: ¹ Nevypĺňuje zletilý žák/zletilá žákyně.

Lékařský posudek pro uvolnění z tělesné výchovy

Vydává registrující lékař, pokud má být žák uvolněn na pololetí školního roku nebo na celý školní rok.

Jméno žáka: _____ Třída: _____

Uvolnění z tělesné výchovy:

Doporučuji úplné uvolnění v době od – do _____

Doporučuji částečné uvolnění v době od – do _____

s omezením _____

V Praze dne: _____
_____ razítka a podpis registrujícího lékaře