

Datum: _____

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z VÝUKY TĚLESNÉ VÝCHOVY

Obracím se na Vás s žádostí o uvolnění dítěte:

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu _____

z vyučování předmětu tělesná výchova, doporučené ošetřujícím lékařem ze zdravotních důvodů.
Pokud je tělesná výchova zařazena na první (poslední) vyučovací hodinu, žádáme o uvolnění z vyučování tohoto předmětu zcela.

Zákonný zástupce dítěte:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Místo trvalého pobytu: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Lékařské doporučení

Jmenovaný žák je u nás v trvalé lékařské péči s touto diagnózou: _____

Doporučujeme následující úlevy v tělesné výchově i dalších školních činnostech (nehodící se škrtněte) na období: _____

- *úplné uvolnění z tělesné výchovy*
- *částečné uvolnění s tímto doporučením pro vyučující (uvedte prosím konkrétně – např. zákaz skoků, otřesů, cvičení na nářadí, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž,...)*

V _____ dne _____

Razítko a podpis lékaře: _____