

ŽÁDOST O ČÁSTEČNÉ NEBO ÚPLNÉ UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

1. Žádám o uvolnění z předmětu TV dle vyjádření lékaře.

jméno, příjmení: _____ datum nar.: _____

adresa (ulice, PSČ, obec): _____ Třída: _____

zastoupený/á zákonným zástupcem _____

_____ datum

_____ podpis zákonného zástupce
(příp. plnoletého studenta)

2. Vyjádření lékaře

Pro výše uvedeného žáka doporučuji (*prosím, označte křížkem*):

ČÁSTEČNÉ uvolnění z TV.

Zakázaná činnost:

ÚPLNÉ uvolnění z TV.

Platí pro období:

..... pololetí
školního roku 20.... / 20....

celý školní rok
20.... / 20....

od - do

_____ datum

_____ razítko a podpis lékaře

_____ podpis třídního učitele

_____ podpis vedoucího učitele

_____ podpis učitele TV

č.j.