

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY**

č.j. /

Žádám, aby moje dcera – můj syn Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Třída:

Třídní učitel:

Byl uvolněn – byla uvolněna z TV

v      pololetí školního roku  
/

v období od                      do

V

Dne

Podpis rodičů

**Vyjádření dětského – odborného lékaře \*)**A. \*) Doporučuji **úplně** osvobození od tělesné výchovy v období:B. \*) Doporučuji **částečně** 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 rozhoduji z titulu ředitelky školy o uvolnění žák/žákyně z tělesné výchovy.

Datum:

Razítko školy:

Podpis ředitele školy:

\*) zakroužkujte vhodnou možnost