**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žáka/žákyně** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Třída** |  |
| **Trvalý pobyt** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení zákonného zástupce** |  |
| **Kontakt** |  |

*žádá o* ***částečné – úplné \*)*** *uvolnění z tělesné výchovy ze zdravotních důvodů.*

V ......................................... dne: ……………………………

……….………………………………………….

podpis zákonného zástupce

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření lékaře** | |
| Uvolnění | částečné – úplné \* |
| Termín uvolnění (od – do) |  |
| Důvod uvolnění |  |

V ......................................... dne: ……………………………

…………….....................................

razítko a podpis lékaře

\*) nehodící se škrtněte