

Žádost o uvolnění z výuky tělesné výchovy (TV) ve školním roce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Třída:

Na základě vyjádření lékaře žádám o uvolnění z TV na dobu

Datum
.....
podpis rodičů nebo zletilého studenta

Vyjádření lékaře

Výše uvedený/á student/ka byl/a lékařsky vyšetřen/a.
Potvrzujeme, že student/ka nemůže při výuce tělesné výchovy:

- 1) provádět žádná tělesná cvičení, *)
- 2) provádět dále uvedená cvičení a fyzickou zátěž. *)

Doporučujeme uvolnění studenta/studentky z výuky TV na období:

- 1) 1. pololetí školního roku *)
- 2) 2. pololetí školního roku *)
- 3) období oddoškolního roku *)

*) nehodící se škrtněte

Vyučující tělesné výchovy

Třídní učitel