

## ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY PRO STŘEDNÍ PEDAGOGICKOU ŠKOLU

**Vyplní zákonný zástupce /zletilý žák:**

Jméno a příjmení žáka: .....

Datum narození: ..... Třída: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

**Žádám o (zaškrtněte jednu z možností):**

- úplné uvolnění z TV (na celé pololetí, nebo celý školní rok)
- krátkodobé uvolnění z TV
- částečné uvolnění z TV (lékař určí, kterého cvičení se žák nemůže zúčastnit)

Jméno zákonného zástupce: .....


V Brně dne .....  
.....  
podpis

**Lékařské potvrzení - vyplní lékař:**

Shora uvedený/á byl/a lékařsky vyšetřena pro nemoc: .....  
.....  
.....  
.....

a uznán/a neschopným/ou účastnit se výuky tělesné výchovy od .....  
do ....., anebo uznán/a schopným/ou účastnit se výuky tělesné  
výchovy kromě těchto cvičení: .....  
.....  
.....

Razítko a podpis lékaře:



---

**Vyplní škola:**

---

Doručeno dne: .....

Podpis učitele/ky TV: .....

Podpis TU: .....

V případě úplného uvolnění podpis ŘŠ: .....