

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: