

ŽÁDOST O ČÁSTEČNÉ 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:

částečné uvolnění z TV (lékař určí, kterého cvičení se žák nemůže zúčastnit)

Jméno zákonného zástupce/zletilého žáka:

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: