

PORG – gymnázium, základní škola a mateřská škola, o.p.s.

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY PRO STŘEDNÍ PEDAGOGICKOU ŠKOLU

Vyplní zákonný zástupce:

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození: Třída:

Adresa trvalého bydliště:

Žádám o (zaškrtněte jednu z možností):

- ☐ 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: