

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY PRO VYŠŠÍ STUPEŇ GYMNÁZIÍ

Vyplní zákonný zástupce/zletilý žák:

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Třída:

Žádám o (zakroužkujte jednu z možností):

- a) úplné uvolnění z TV a zařazení do zdravotní TV (na celé pololetí, nebo celý školní rok)
- b) krátkodobé uvolnění z TV se zařazením do zdravotní TV (delší doba než 6 týdnů)
- c) krátkodobé uvolnění z TV bez zařazení do zdravotní TV (kratší doba než 6 týdnů)
- d) částečné uvolnění z TV (lékař určí, kterého cvičení se žák nemůže zúčastnit)

V, dne Podpis zákonného zástupce/zletilého žáka:

Vyplní lékař:

Lékařské potvrzení

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:

Razítko školy:

Podpis učitele/ky TV:

Podpis TU:

V případě úplného uvolnění podpis ŘŠ: