ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Jméno a příjmení žáka:

Adresa žáka:

Třída:

Datum narození:

Důvod uvolnění:

Termín uvolnění z TV:

Jestliže se jedná o krajní hodiny z rozvrhu, žádám o uvolnění bez náhrad: **ANO** **NE**

Datum podání žádosti:

Podpis zákonného zástupce:

Příloha: doporučení registrujícího praktického lékaře

Rozhodnutí ředitele školy:

Náhradní způsob vzdělání, pokud se nejedná o krajní hodinu rozvrhu:

Datum:

Razítko a podpis ředitele školy: