

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY č.: _____/doplň škola/

Na základě níže uvedeného lékařského posouzení žádám o uvolnění mého syna/mé dcery

Příjmení a jméno:

Třída:

Krok č. 1

Vyjádření registrujícího (praktického) lékaře:

Na základě zdravotního stavu výše uvedeného žáka/žákyně doporučuji uvolnit z předmětu tělesná výchova:

Zcela na dobu:

Datum:

Podpis a razítko lékaře

Krok č. 2

Podpis zákonného zástupce, pěstouna, poručníka:

Podpis žáka:

Podpis třídního učitele:

Podpis učitele tělesné výchovy:

Krok č. 3

Souhlasíme s tím, že můj syn/má dcera ve dnech, kdy je tělesná výchova zařazena v rozvrhu v prvních a posledních vyučovacích hodinách, se nemusí zúčastnit výuky, pokud je zcela uvolněn, souhlasím s jeho odchodem na tyto hodiny mimo dozor učitele a přebírám za něj/ní odpovědnost.

Jméno a příjmení a podpis zákonného zástupce, pěstouna, poručníka:

Podpis žáka:

Rozhodnutí ředitele školy:

Uvolňuji z tělesné výchovy na dobu:

V Českém Těšíně dne:

Mgr. Cieslar Pavel, MBA

ředitel školy