

Základní škola a Mateřská škola Blansko, Dvorská 26

Žádost o uvolnění z výuky tělesné výchovy

Jméno a příjmení žáka, žákyně: _____

Datum narození: _____ Třída: _____

Žádám o uvolnění mého dítěte z výuky tělesné výchovy zcela - zčásti (nehodící se škrtněte) na období _____.

V případě, že můj syn / moje dcera bude uvolněn(a) zcela a výuka tělesné výchovy je zařazena na první nebo poslední vyučovací hodinu, žádám o uvolnění bez náhrady.

Dne:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Podpis zákonného zástupce:

Lékařský posudek praktického lékaře pro děti a dorost

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO: _____

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzované osoby:

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu, popřípadě místo pobytu na území ČR (jde-li o cizince):

Důvod vydání posudku: uvolnění z výuky tělesné výchovy

Posudkový závěr:

Doporučuji uvolnění výše uvedeného žáka, žákyně z výuky tělesné výchovy na období

zcela *

zčásti * – doporučuji, aby žák, žákyně nevykonával(a) tyto cviky a činnosti:

* nehodící se škrtněte

Datum vydání lékařského posudku:

Jméno, příjmení a podpis lékaře,
razítko poskytovatele zdravotních služeb: