

ŽÁDOST

o uvolnění / úlevy* z výuky povinné školní tělesné výchovy (dále jen „TĚV“).

Jméno, příjmení: _____ třída: _____ školní rok: _____

Podpis žáka / zákonného zástupce*: _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Na základě zhodnocení zdravotního stavu, diagnóza (číslo): _____, **doporučuji**

zařadit výše jmenovaného žáka do výuky TĚV **s těmito úlevami** (III. zdravotní skupina):*

zakázané cviky (činnost): _____

uvolnit výše jmenovaného žáka z výuky TĚV (IV. zdravotní skupina):*

Datum: _____ razítko a podpis lékaře:

VYJÁDŘENÍ ŠKOLY:

Třídní učitel: _____ seznámen dne: _____ podpis: _____

Učitel TĚV: _____ doporučuji - ANO / NE dne: _____ podpis: _____

Zástupce ředitele: _____ schvaluji - ANO / NE dne: _____ podpis: _____
(pověřený ŘŠ)

* **Nehodící se škrtněte.**