

**telefon: 565 492 127** **reditel@zscernovice.cz**

**Základní škola a Mateřská škola Černovice,**

**příspěvková organizace**

**Žádost o uvolnění žáka z vyučovacího předmětu tělesná výchova**

Příjmení žáka:

Bydliště:

Datum narození: Třída: Školní rok:

 Žádám o uvolnění syna (dcery) z výuky tělesné výchovy ze zdravotních důvodů na základě doporučení ošetřujícího lékaře.

V  , dne

 podpis rodiče / zákonného zástupce

**Lékařské doporučení**

 Doporučuji řediteli školy uvolnit výše uvedeného žáka z výuky tělesné výchovy na dobu

od:.........................................................................do:..................................................................

a) **Zcela**

b) **Částečně**

s doporučením omezení těchto druhů cvičení: ...........................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

datum vystavení:

 razítko a podpis lékaře