

**telefon: 565 492 127** [**reditel@zscernovice.cz**](mailto: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