

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Příjmení a jméno žáka: _____

Datum narození: _____

Třída: _____

Bydliště (ulice, č. p., město, PSČ): _____

Zákonný zástupce žáka

Příjmení a jméno: _____

Bydliště (ulice, č. p., město, PSČ): _____

Žádám o uvolnění z tělesné výchovy dle níže uvedeného vyjádření registrujícího praktického nebo odborného lékaře.

Zdůvodnění žádosti (vyplní zletilý žák, či zákonný zástupce nezletilého žáka): _____

V případě uvolnění zcela z hodin tělesné výchovy:

žádám o zproštění docházky na tyto vyučovací hodiny a přebírám za žáka v době výuky plnou zodpovědnost.

nežádám o zproštění docházky na tyto vyučovací hodiny a žák bude na těchto hodinách přítomen.

Datum a podpis žáka: _____

Datum a podpis zákonného zástupce žáka: _____

VYJÁDŘENÍ REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE:

Jméno a příjmení nar.

žák/yně třídy Obchodní akademie a Střední odborné školy cestovního ruchu Choceň

se podrobil/a lékařské prohlídce z důvodu žádosti o uvolnění od tělesné výchovy dne:

NAVRHUJI:

a) **uvolnit zcela** od tělesné výchovy na dobu: a) pololetí šk. roku

b) na školní rok

b) **uvolnit částečně** od tělesné výchovy na dobu a) pololetí šk. roku

b) na školní rok

jmenovaný žák/yně nesmí (nedoporučuje se)

Další poznámky lékaře:

Razítko a podpis lékaře: