**Žádost o uvolnění z výuky tělesné výchovy**

Příjmení a jméno žáka/žákyně: ………………………………………………………..……….……….……………………

Datum narození: ………………………………. Třída: ………………………………

Školní rok: …………………………………

Adresa zletilého žáka/zákonného zástupce nezletilého žáka:

…………………………………………………………………………………………………………………… PSČ ……………………..

Jméno zákonného zástupce nezletilého žáka: …………………………………………………………….…………….

**Na základě předloženého lékařského doporučení žádám o uvolnění z výuky tělesné výchovy.**

V ……………………………………………………. dne: ........................

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

podpis zletilého žáka/zákonného zástupce nezletilého žáka

**Vyjádření lékaře[[1]](#footnote-1) k omezení nebo uvolnění z výuky předmětu tělesná výchova**

Na základě zjištěného zdravotního stavu žáka doporučuji:

a) úplné uvolnění z výuky tělesné výchovy na dobu: ……………………………………….……..

b) omezení těchto pohybových činností:

…………………………………………………………………………………………………………………………………….……

na dobu: ……………………………………………….…………..

Datum: ………………. ……………………………………..

razítko a podpis lékaře

1. Vyjádření může být na samostatném formuláři vydaném lékařem. [↑](#footnote-ref-1)