**Žádost o částečné/úplné uvolnění z předmětu tělesná výchova**

1. **Žádám o uvolnění žáka/žákyně z předmětu TV dle vyjádření lékaře.**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………

Adresa (ulice, obec, PSČ):……………………………………………

Zastoupený/á zákonným zástupcem:…………………………………

Telefonický kontakt:………………………………………………….

Třída:………………………………………………………………….

Školní rok:…………………………………………………………….

Datum:………………. Podpis:………………….

1. **Vyjádření lékaře:**

Pro výše uvedeného žáka/žákyni doporučuji na základě zdravotního stavu:

**Úplné** uvolnění:

1. z tělesné výchovy,
2. z tělesné výchovy a plavání.

**Částečné** uvolnění z tělesné výchovy. Žák bude navštěvovat tělesnou výchovu, nebude však vykonávat následující zakázané činnosti:…………………………………………………………………………….

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

**Platí pro období:**

1. pololetí 2. pololetí celý školní rok od-do:……………………….

Datum:……………………….. Podpis a razítko lékaře: