

Základní škola a Mateřská škola Střílky
příspěvková organizace
k rukám ředitelky Mgr. Martiny Raiserové
Koryčanská 47,
768 04 Střílky

Věc: Žádost o uvolnění žáka z vyučovacího předmětu Tělesná výchova

Zákonný zástupce - jméno a příjmení: _____

datum narození: _____ telefon: _____

adresa trvalého pobytu: _____

Žádám o uvolnění z vyučovacího předmětu Tělesná výchova žáka/yně :

jméno a příjmení: _____

datum narození: _____ ročník: _____

místo trvalého pobytu (pokud se liší od zák. zástupce):

Pro školní rok: _____

Uvolnění žádám ze zdravotních důvodů, které dokládám doporučením registrujícího praktického nebo odborného lékaře.

Současně ŽÁDÁM / NEŽADÁM (nehodící se škrtněte), aby můj syn/dcera byl/a uvolněn/a z vyučovací hodiny TV, která je zařazena v rozvrhu hodin jako poslední. Prohlašuji, že okamžikem odchodu mého dítěte z budovy školy, přebírám plnou zodpovědnost.

V: _____ dne: _____ Podpis zák. zástupce: _____

Příloha: Doporučení příslušného lékaře