ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA CHOUSTNÍK
Choustník 3, 391 18 +420 381 592 120 skola@zschoustnik.cz
www.zschoustnik.cz IČO: 47268034 RED IZO: 600064638

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Jméno a příjmení žáka:

Třída: _____ **Datum narození:** _____

ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Žádám o uvolnění svého dítěte z výuky tělesné výchovy z **důvodu zdravotních obtíží / zdravotního omezení**.

Žádám o uvolnění:

☐ na dobu určitou

od: _____ **do:** _____

☐ na pololetí školního roku

☐ na celý školní rok

Stručné zdůvodnění:

K žádosti přikládám:

☐ lékařský posudek / doporučení lékaře

☐ lékařský posudek bude škole doložen dodatečně

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Potvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, a žádám školu o uvolnění žáka z výuky tělesné výchovy z uvedených zdravotních důvodů.

Beru na vědomí, že o uvolnění z tělesné výchovy rozhoduje ředitel školy v souladu s platnými právními předpisy.

V _____ dne _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: **Podpis zákonného zástupce:**

VYJÁDŘENÍ ŘEDITELE ŠKOLY

☐ Žák/žákyně se z výuky tělesné výchovy **uvolňuje**.

☐ Žák/žákyně se z výuky tělesné výchovy **neuvolňuje**.

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA CHOUSTNÍK
Choustník 3, 391 18 +420 381 592 120 skola@zschoustnik.cz
www.zschoustnik.cz IČO: 47268034 RED IZO: 600064638

Doba / rozsah uvolnění:

Poznámka:

V _____ dne _____

Podpis ředitele školy: