

ŽÁDOST

o uvolnění / úlevy* z výuky povinné školní tělesné výchovy (dále jen „TEV“).

Jméno, příjmení: _____ třída: _____ školní rok: _____

Podpis žáka / zákonného zástupce*: _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Na základě zhodnocení zdravotního stavu, diagnóza (číslo): _____, **doporučuji**

zařadit výše jmenovaného žáka do výuky TEV **s těmito úlevami** (III. zdravotní skupina):*

zakázané cviky (činnost): _____

uvolnit výše jmenovaného žáka z výuky TEV (IV. zdravotní skupina):*

Datum: _____ razítko a podpis lékaře:

VYJADŘENÍ SKOLY:

Třídní učitel: _____ seznámen dne: _____ podpis: _____

Učitel TEV: _____ doporučuji - ANO / NE dne: _____ podpis: _____

Ředitel školy: _____ schvaluji - ANO / NE dne: _____ podpis: _____

* **Nehodící se škrtněte.**