**Žádost o uvolnění žáka z tělesné výchovy**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Školní rok: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádám o uvolnění z tělesné výchovy:**

* na celý školní rok
* na 1. pololetí školního roku
* na 2. pololetí školního roku

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyplní lékař**

Druh oslabení, nevhodná cvičení a činnosti

**Navrhuji:**

* Částečné uvolnění z TEV[[1]](#footnote-1)
* Úplné uvolnění z TEV[[2]](#footnote-2)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum, razítko a podpis lékaře

1. Žák navštěvuje běžné hodiny TEV a je klasifikovaný. [↑](#footnote-ref-1)
2. Žák se hodin TEV neúčastní a není klasifikovaný. [↑](#footnote-ref-2)