



Základní škola, Praha 4, Bítovská 1

# ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

**Zákonný zástupce:**

Příjmení, jméno, titul: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

**Žádám o uvolnění z vyučování z předmětu tělesná výchova podle  
§ 50 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů**

**Žák/žákyně:**

Příjmení, jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Třída: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

**Z důvodu:**

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

**Na období:**

\_\_\_\_\_

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

Současně žádám/nežádám, aby můj syn/moje dcera byl/a uvolněna z vyučovací hodiny TV, která je zařazena v rozvrhu jako první/poslední.

**Příloha:** Lékařské nebo jiné doporučení

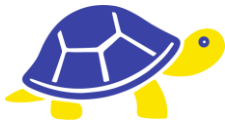
V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

Došlo dne:

Spisová značka:

Počet příloh:



# STANOVISKO REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO NEBO ODBORNÉHO LÉKAŘE

## k žádosti o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova

### 1. Žák/žákyně:

Příjmení, jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Třída: \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_ Kód ZP: \_\_\_\_\_

Místo trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

### Vyplní registrující praktický nebo odborný lékař

#### Zdravotní stav

Je dobrý \* **ANO** **NE**

S následujícími omezeními:

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

Stav \* **NEMĚNNÝ** **PŘEDPOKLAD ZLEPŠENÍ**

#### Možnost účasti

Školní tělesná výchova \* **ANO** **NE**

Plavecký výcvik \* **ANO** **NE**

#### Závěrečné posouzení a doporučení

Uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova: \*

Doporučuji úplné uvolnění Na dobu do: \_\_\_\_\_

Doporučuji částečné uvolnění Na dobu do: \_\_\_\_\_

(vypište): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

jméno a příjmení lékaře a podpis  
razítko zdrav. zařízení

\* nehodící se škrtněte