



Základní škola, Praha 4, Bítovská 1/1246

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

pro školní rok/.....

(podle § 50, odst.2 školského zákona)

1. Zákonný zástupce dítěte:

Příjmení, jméno, titul:

Místo trvalého pobytu:

.....

Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého pobytu):

.....

2. Ředitel školy:

Příjmení, jméno, titul: Novák Michal, PaedDr.

Škola: Základní škola, Praha 4, Bítovská 1/1246, 140 00

Žádám o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova žáka/yně:

Příjmení, jméno:

Datum narození: *Třída:*

Místo trvalého pobytu:

pro školní rok _____ / _____.

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

Současně žádám / nežádám*), aby můj syn / moje dcera*) byl/a uvolněn z vyučovací hodiny Tv, která je zařazena v rozvrhu jako poslední.

V Praze, dne

podpis zákonných zástupců dítěte

Příloha: Doporučení příslušného lékaře

Došlo dne, spisová značka (vyplní škola) :

*) - nehodící se škrtněte

**Stanovisko registrujícího praktického nebo odborného lékaře
k žádosti o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova**

Žák – žákyně:

Příjmení, jméno:

Datum narození: *Třída:*

Místo trvalého pobytu:

Zdravotní stav:

*Je dobrý *):* ANO NE

S následujícími omezeními:

*Stav *):* NEMĚNNÝ PŘEDPOKLAD ZLEPŠENÍ

Možnost účasti *):

Školní tělesná výchova ANO NE

Plavecký výcvik ANO NE

Lyžařský výcvik ANO NE

Cyklistický výcvik ANO NE

Ozdravné pobytové akce školy ANO NE

Závěrečné posouzení a doporučení *):

1. Doporučuji úplné uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova

Na dobu do:

2. Doporučuji částečné uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova s omezením (vypište):

Na dobu do:

V Praze, dne

.....
Podpis a razítko lékaře

*) - nehodící se škrtněte