Místo:

Datum:

**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

Příjemní a jméno žáka:

Datum narození:

Třída/obor vzdělání:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa pro doručování (je-li odlišná):

Zákonný zástupce žáka\*:

Datum narození zákonného zástupce žáka\*:

Adresa trvalého pobytu\*:

Na základě přiloženého lékařského posudku žádám o uvolnění z předmětu tělesná výchova a zároveň o to, aby nemusel/a být výše uvedený/á přítomen/a ve škole v době vyučování tohoto předmětu, pokud je v rozvrhu zařazen na první nebo poslední vyučovací hodinu/y.

 …………………………………………… ……………………………………………

 podpis zákonného zástupce\* podpis žáka/žákyně

**Příloha**

Lékařský posudek