****

**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

/O uvolnění může student požádat prostřednictvím zákon. zástupce, v případě plnoletosti požádá sám/

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žák/žákyně:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Bydliště:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Třídní učitel**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Třída**:\_\_\_\_\_\_\_\_**Školní rok**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Datum narození**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Jestliže budou hodiny tělesné výchovy zařazeny jako okrajové vyučovací hodiny, ***žádáme – nežádáme\****  o uvolnění z tohoto předmětu zcela. V případě uvolnění pro tuto dobu přebíráme za své dítě zodpovědnost*.*  Byl/a jsem poučen/a o možnosti podat návrh na přezkoumání lékařského posudku. | | |
| Podpis žáka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V případě nezletilosti podpis zákon. zást.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Doporučuji uvolnit výše uvedeného žáka z výuky tělesné výchovy na dobu \*\*  a) celý školní rok  b) 1. pololetí školního roku  c) 2. pololetí školního roku  **úplně částečně**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vyjádření odborného lékaře: Ev. číslo posudku: Datum vystavení: Razítko a podpis lékaře: | | |
| Podpis ředitele školy: | | Razítko školy: |

\****nehodící se škrtněte***

***\*\*vyberte***