

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Potvrzení lékaře (u uvolnění na půl roku či déle potvrzení lékaře pro děti a dorost / praktického lékaře).

Jméno a příjmení žáka: Třída:

Datum narození: Třídní učitel:

Diagnóza:

Uvolnění:

a) částečné na dobu:
s omezením těchto aktivit:

b) úplné na dobu:

Datum:

Podpis zákonného zástupce / zletilého žáka:

Datum:

Podpis a razítko lékaře: