

UVOLNĚNÍ Z VÝUKY PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

Jméno a příjmení žáka	
Adresa trvalého bydliště	
Třída	
Žádám o uvolnění na období	
Důvod uvolnění	
Uvolnění z docházky (první či poslední vyučovací hodiny)	ANO - NE
Podpis žáka	
Podpis zákonného zástupce žáka	
Datum podání žádosti	

POTVRZENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE
(diagnóza, doporučení - úplné, částečné uvolnění, ...)

Datum:

Lékař:

STANOVISKO ŘEDITELE ŠKOLY

Souhlasím s úplným/částečným (časově; náplní) uvolněním z výuky předmětu TEV ve školním roce 2024 - 2025.

Datum:

Podpis: