



ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Jméno a příjmení:

Datum narození: Třída: Šk.r.:

Zákonný zástupce:
u nezletilých žáků

Adresa bydliště:

V případě uvolnění z tohoto předmětu, bez povinnosti docházet v této době do školy přebírám za své dítě plnou odpovědnost.

Datum: Podpis zákonného zástupce:

Posudkový závěr:

Druh oslabení, nevhodná cvičení a činnosti:

TV na dobu:

Uvolnění z výuky TV na půl roku

Uvolnění z výuky TV na celý rok

Částečné uvolnění z TV

Úplné uvolnění z TV

Datum: Razítko a podpis lékaře:

Vyjádření ředitelky školy:

Na základě písemného doporučení registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře uvolňuji podle ustanovení §67 odst. 2 zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v posledním platném znění, jmenovaného žáka zcela (z části) z výuky tělesné výchovy.

Uvolnění je omezeno na dobu uvedenou v lékařské zprávě.

- Během činností, kterých se žák nemůže zúčastnit, bude přítomen ve výuce tělesné výchovy a bude zaměstnáván vyučujícím pomocnými činnostmi.
- Žák se místo tělesné výchovy bude zúčastňovat výuky jiného vyučovacího předmětu.
- Uvolňuji žáka z vyučování tohoto předmětu, bez povinnosti docházet v této době do školy.

Datum / podpis
třídní učitel:

Datum / podpis
učitel TV:

Datum / podpis
ředitelka školy: