Základní škola a Mateřská škola, Bílovice, okres Uherské Hradiště
687 12 Bílovice 440

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

pro školní rok……./…….

(podle § 50 ods.2 školského zákona 561/2004 Sb. v platném znění)

1. **Zákonný zástupce dítěte**:

Jméno, příjmení, titul: .....

Datum narození: .....

Místo trvalého pobytu: .....

Telefon: .....

2. ***Ředitelka školy:***

Jméno, příjmení: Mgr. Andrea Koníčková
Škola: Základní škola a Mateřská škola
687 12 Bílovice 440

Žádám o uvolnění z předmětu tělesná výchova žáka/yně:

Jméno, příjmení: .....

Datum narození: .....*třída*.....

Místo trvalého pobytu: .....

Doba uvolnění: .....

Uvolnění žádám ze zdravotních důvodů, které dokládám doporučením registrujícího praktického nebo odborného lékaře.
Současně žádám / nežádám*,aby můj syn / moje dcera* byl/a uvolněn/a z vyučovací hodiny TV, která je zařazena jalo poslední.

Příloha: Doporučení příslušného lékaře

V .....dne…… ……..

*) – nehodící se škrtněte

podpis zákonného zástupce