



## Žádost o uvolnění z výuky předmětu: Tělesná výchova

Zákonný zástupce žáka:

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Bydliště: Ulice: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Podle ustanovení §50 odstavec 2 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) žádáme o **částečné - úplné \*)** uvolnění našeho syna - naší dcery \*):

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_

Bydliště: Ulice: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

z výuky předmětu: \_\_\_\_\_

v základní škole, jejíž činnost vykonává:

Základní škola a Mateřská škola Svatobořice-Mistřín, okres Hodonín, příspěvková organizace, Hlavní 871/198, Svatobořice-Mistřín, 696 04.

Jestliže je výuka předmětu zařazena na první nebo poslední vyučovací hodinu, **žádáme - nežádáme \*)** o uvolnění z vyučování tohoto předmětu bez náhrady.

Ve Svatobořicích-Mistříně dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce žáka

### LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ:

Žák/žákyně: \_\_\_\_\_ narozený(-á): \_\_\_\_\_

je u nás v trvalé lékařské péči s touto diagnózou:

Doporučujeme následující úlevy v tělesné výchově i další školní činnosti na období:

- **úplné uvolnění z výuky tělesné výchovy \*)**
- **částečné uvolnění s tímto doporučením pro vyučující \*)**

(uveďte prosím konkrétně - např. zákaz skoků, doskoků, otřesů, cvičení na nářadí, dlouhé pochody, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž,...):

časové období omezení: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře

\*) nehodící škrtněte

Základní škola a Mateřská škola Svatobořice-Mistřín, okres Hodonín, příspěvková organizace		
Došlo dne:		
Číslo jednací		
Počet listů/příloh	Skartační znak/lhůta:	Spisový znak
	S 10	B3/7