

**Uvolnění z tělesné výchovy**

Jméno, příjmení žáka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Vyjádření lékaře:**

* Žák je zařazen do I. II. III. IV. zdravotní skupiny
* Zdravotní tělesná výchova vyučována aprobovaným učitelem v rozsahu 2 (dvě) hodiny týdně (nehodící se škrtněte) - **je pro žáka vhodná**

 - **není pro žáka vhodná**

* Doporučená cvičení a forma zátěže:

 ----------------------------------------------

 razítko a podpis lékaře

**Žádost žáka:** **Datum žádosti:**

**Na základě lékařského vyšetření žádám** (nehodící se škrtněte**)**

- o částečné uvolnění z tělesné výchovy

- o úplné uvolnění z tělesné výchovy

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Podpis zákonného zástupce Podpis žáka**