



ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

Žádám o uvolnění žáka/žákyně z předmětu TV dle vyjádření lékaře

jméno, příjmení: _____

datum narození: _____ třída: _____

V _____ dne _____

jméno a příjmení

podpis ZZ (dospělého žáka)

Jsem si vědom/a, že v uvolněných hodinách přebírám za své dítě plnou zodpovědnost.

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

Pro výše uvedeného žáka doporučuji (prosím, označte křížkem):

ÚPLNĚ uvolnění z tělesné výchovy.

ČÁSTEČNĚ uvolnění z tělesné výchovy.

Žák bude navštěvovat tělesnou výchovu, nebude však vykonávat následující zakázané činnosti:

Platí pro období (prosím, označte křížkem):

POLOLETÍ školního roku: _____

CELÝ ŠKOLNÍ rok: _____

od: _____ do: _____

V _____

dne _____

razítko a podpis lékaře

Poznámka: **Částečné osvobození z TV znamená, že žák navštěvuje běžné hodiny TV a s výjimkou zakázaných cvičení se plně účastní výuky. Je z TV klasifikován. Úplné osvobození z TV znamená, že žák v hodinách TV necvičí a není z TV klasifikován.**

STŘEDNÍ UMĚLECKÁ ŠKOLA V LIBERCI, s. r. o.

A: Sladovnická 309, 463 11 Liberec 30 | T: (+420) 734 160 757 / 737 762 393 | E: reditelka@suslbc.cz | IČO: 25019660 | www.suslbc.cz