Základní a mateřská škola Holasice

Okres Brno – venkov, příspěvková organizace, Palackého 24, Holasice 664 61

Tel.+420 739 411 556, hospodarka@zsholasice.cz

**Žádost rodičů o uvolnění z tělesné výchovy**

Žádám o uvolnění své dcery (svého syna)

jméno a příjmení: ......................................................................... narozen(a): ....................................... třída: .....................

z výuky tělesné výchovy/plavání ze zdravotních důvodů (nehodící se škrtněte).

V ............................................. dne ...........................

...................................................................................

podpis rodičů (zákonných zástupců)

**Doporučení lékaře**

Na základě lékařského vyšetření a současného zdravotního stavu výše jmenované(ho) doporučuji uvolnění z předmětu TV:

označte:

**a) úplné b) částečné – pouze z tělesné výchovy c) částečné – pouze z plavání**

**d) částečné – pouze omezení těchto činností:** ...................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

**na dobu od** ............................... **do** .................................

V ............................................. dne ................................

...........................................................................................

Razítko a podpis lékařského zařízení