

# ŽÁDOST



583 213 581



sekretar@vsps-su.cz



Gen. Krátkého 1  
787 29 Šumperk



## O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Žádám o uvolnění z tělesné výchovy.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Třída:

Na školní rok:

Přikládám písemné doporučení uvolnění z tělesné výchovy registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost (nebo odborného lékaře) ze zdravotních důvodů.

V:

Dne:

Jméno, adresa a podpis zákonného zástupce nebo zletilého žáka:

## LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ:

Jmenovaný žák je u nás v trvalé lékařské péči.

\* nehodící škrkněte

**Doporučujeme na školní rok:**

- Úplné uvolnění z výuky tělesné výchovy. \*
- Částečné uvolnění s tímto doporučením pro vyučující (uved'te prosím konkrétně): \*

V:

Dne:

Razítko a podpis lékaře: