

# ZÁKLADNÍ ŠKOLA VLACHOVICE

## Žádost o uvolnění z hodin tělesné výchovy

Jméno a příjmení ..... datum narození.....

Bydliště .....

Třída.....

Na základě vyjádření lékaře žádám o úplné – částečné uvolnění z hodin tělesné výchovy

Ve Vlachovicích dne ..... podpis žáka .....  
zákonný zástupce.....

---

## Vyjádření lékaře k uvolnění z hodin tělesné výchovy

Žák ..... Základní školy Vlachovice

diagnóza  
(problémy) .....

.....

.....

Z výše uvedených důvodů doporučuji uvolnit z hodin tělesné výchovy

- a) úplné
- b) částečné, tedy omezit (vynechat), ale zařadit do hodin normální tělesné výchovy

.....

- c) zařadit do hodin zdravotní tělesné výchovy s tímto omezením

.....

.....

- Potvrzení se vydává
- a) na celý školní rok 20 /20
  - b) na 1. pololetí školního roku 20 /20
  - c) na 2. pololetí školního roku 20 /20
  - d) od ..... do .....

.....  
ošetřující lékař  
razítko

Ve Vlachovicích dne.....