

**Žádost rodičů o uvolnění z předmětu tělesná výchova
ze zdravotních důvodů**

Základní škola Kravaře-Kouty, příspěvková organizace

Jméno a příjmení: _____ Třída: _____

Datum nar.: _____ Bytem: _____

Vyučující TV: _____

Dne: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Žádám, aby můj syn (moje dcera) v době tělesné výchovy měl zajištěn náhradní výuku nebo aby byl vykonáván dohled.

Vyplní lékař:

Navrhuji:

- Částečné osvobození z TV od _____ do _____
- Úplné osvobození z TV od _____ do _____

Druh oslabení, nevhodná cvičení a činnosti:

Datum, razítko a podpis lékaře

Poznámka:

Částečné osvobození z TV znamená, že žák navštěvuje hodiny TV a s výjimkou cvičení nedoporučených lékařem se plně účastní výuky.

Úplné osvobození z TV znamená, že žák v hodinách TV necvičí a není z TV klasifikován.

Příloha: lékařský posudek