



ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA pro školní rok 20__/20__



(podle § 50 odst. 2 školského zákona)

1. Zákonný zástupce dítěte:

Příjmení, jméno, titul		Datum narození
Místo trvalého pobytu	Ulice, číslo popisné	PSC
Telefon	E-mail	
Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého bydliště)		

2. Ředitel školy: Mgr. Eliška Syřínková

25. základní škola Plzeň, Chválenická 17, příspěvková organizace

Žádám o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova žáka/yně:

Příjmení, jméno	Třída	Datum narození
Místo trvalého pobytu	Ulice, číslo popisné	PSC
Pedagog	Den	Vyučovací hodina

pro školní rok 20__ /20__ .

Uvolnění žádám ze zdravotních důvodů, které dokládám doporučením registrujícího praktického nebo odborného lékaře.

Současně žádám / nežádám*), aby můj syn / moje dcera*) byl/a uvolněn z vyučovací hodiny Tv, která je zařazena v rozvrhu jako poslední. Prohlašuji, že okamžikem odchodu mého dítěte z prostoru školy, přebírám odpovědnost, vyplývající z povinnosti dohledu nad dětmi.

*) - nehodící se škrtněte

Příloha: Doporučení příslušného lékaře

V Plzni dne __. __. 20__

_____ podpis zákonných zástupců dítěte

Došlo dne, spisová značka (vyplní škola) :

Schvaluji/neschvaluji:

Mgr. Eliška Syřínková
ředitel školy



**Stanovisko registrujícího praktického nebo
odborného lékaře k žádosti o uvolnění z vyučování
předmětu tělesná výchova**

Žák – žákyně:

_____	_____	_____
Příjmení, jméno	Třída	Datum narození
_____	_____	_____
Místo trvalého pobytu	Ulice, číslo popisné	PSC
_____	_____	
Datum narození	Ročník / třída	

Zdravotní stav:

*Je dobrý *):* ANO NE

S následujícími omezeními:

*Stav *):* NEMĚNNÝ PŘEDPOKLAD ZLEPŠENÍ

Možnost účasti *):

<i>Školní tělesná výchova</i>	ANO	NE
<i>Plavecký výcvik</i>	ANO	NE
<i>Lyžařský výcvik</i>	ANO	NE
<i>Cyklistický výcvik</i>	ANO	NE
<i>Vodácký výcvik</i>	ANO	NE
<i>Ozdravné pobytové akce školy</i>	ANO	NE
<i>Sportovní soustředění</i>	ANO	NE

Závěrečné posouzení a doporučení *):

1. Doporučuji úplné uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova

Na dobu do:

2. Doporučuji částečné uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova s omezením (vypište):

Na dobu do:

V Plzni dne ____ . ____ . 20 ____

Podpis a razítko lékaře

*) nehodící se škrtněte