**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

**\*Zákonný zástupce** (jméno a příjmení)**: ……………………………………………………………………………………………………**

**Bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………………….........**

\*Vyplňte v případě, že žák není zletilý

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jméno a příjmení žáka: ……………………………………………………………………………………………………………………**

**Datum narození: ………………………………**

**Bydliště: ………………………………………………………………………………………………………………………………….........**

**Třída: …………………………**

**Datum podání žádosti: ……………………………………**

**Podpis zákonného zástupce/zletilého žáka: …………………………………………………………**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře:**

Jmenovaného studenta zařazuji do III. zdravotní skupiny a žádám o částečné uvolnění z tělesné výchovy

V období od: …………………………… do: …………………………………..

Nedoporučuji tato cvičení: ……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Datum: …………………………………… Podpis a razítko lékaře: …………………………………………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře:**

Jmenovaného studenta zařazuji do IV. zdravotní skupiny a žádám o úplné uvolnění z tělesné výchovy

V období od: …………………………… do: …………………………………..

Datum: …………………………………… Podpis a razítko lékaře: …………………………………………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rozhodnutí ředitelky gymnázia:**

Student byl/a osvobozen/a od tělesné výchovy: úplně

 Částečně

Datum: …………………………… Podpis odpovědného pracovníka školy: …………………………………………………..