



## Žádost o uvolnění z tělesné výchovy

### Zákonný zástupce žáka

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování písemností: \_\_\_\_\_

Datová schránka: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Na základě lékařského posudku žádám dle § 50 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, o uvolnění syna/dcery z vyučování tělesné výchovy.

Období uvolnění: \_\_\_\_\_

### Identifikační údaje žáka

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_

Školní rok: \_\_\_\_\_ Ročník: \_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Příloha: Lékařský posudek registrujícího lékaře