

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

(PODLE § 50 Odst. 2 ŠKOLSKÉHO ZÁKONA)

1. Zákonný zástupce dítěte:

Příjmení, jméno, titul		Datum narození
Místo trvalého pobytu	Ulice, číslo popisné	PSČ
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	PSČ
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	PSČ
_____	_____	
Datum narození	Ročník / třída	

Zdravotní stav:

Je dobrý *):

ANO

NE

S následujícími omezeními:

Stav *):

NEMĚNNÝ

PŘEDPOKLAD ZLEPŠENÍ

Možnost účasti *):

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