



Základní škola, Praha 9 – Černý Most, Bří Venclíků 1140, 198 00

ŽÁDOST

O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

jméno a příjmení žáka: _____

datum narození: _____

místo pobytu: _____

třída: _____

zákonný zástupce žáka: _____

Na základě lékařského doporučení žádám o uvolnění výše jmenovaného žáka z tělesné výchovy na 1. / 2. / obě pololetí školního roku 202__ / 202__.

V Praze dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ:

Z důvodu _____ doporučuji

- ÚPLNÉ uvolnění výše jmenovaného žáka z TV
- ČÁSTEČNÉ uvolnění výše jmenovaného žáka z TV v oblasti:
 - povinný plavecký výcvik
 - skoky, doskoky a otřesy
 - vytrvalostní běhy, dlouhé pochody
 - visy na náradí, úpoly
 - jiné konkrétní činnosti, které žák nesmí vykonávat: _____

V Praze dne _____

Razítko a podpis lékaře: _____

**ZŠ Praha 9 – Černý Most
Bří Venclíků 1140/1
Praha 9 – Černý Most, 198 00**

**tel.: +420 281 000 034
e-mail: reditelna@zsvencliku.cz
ID datové schránky: pve2y4n**