**Žádost o úplné osvobození z tělesné výchovy**

Žádám, aby žák (žákyně) [jméno a příjmení]

Nar.: Datum narození ze třídy: [třída]

Byl(a) na základě lékařského vyšetření úplně osvobozen(a) z tělesné výchovy

Na školní rok: [školní rok]

Datum: Datum …………………………………………………………………..………………

Podpis zákonného zástupce neplnoletého žáka/žákyně

(popř. podpis plnoletého žáka/žákyně)

Vyjádření lékaře:

Datum, razítko a podpis lékaře:

Vyjádření a podpis ředitele školy:

Originál žádosti je uložen u tř. učitele (jako součást osobního spisu žáka).

Kopie žádosti je uložena u učitele TV.