**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození: Třída:

Školní rok: Pololetí:

Žádám, abych byl/a na základě doporučení praktického lékaře uvolněn/a z tělesné výchovy.

V dne

podpis zákonného zástupce podpis žáka

*Vyjádření praktického lékaře:*

V dne razítko a podpis lékaře

*Souhlas rodičů:*

Souhlasím s tím, aby můj/moje syn/dcera v případě uvolnění z vyučovacích hodin nebyl/a přítomen/přítomna ve výuce a byl/a z výuky omluven/a.

V dne podpis zákonného zástupce

*Vyjádření ředitele školy:*

S žádostí souhlasím – nesouhlasím

razítko a podpis ředitele školy