**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

*VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM*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 žáka

*Souhlasím s tím, aby můj/moje syn/dcera v případě uvolnění z vyučovacích hodin nebyl/a přítomen/přítomna ve výuce. Beru na vědomí, že po tuto dobu není nad synem/dcerou zajištěn dohled (viz. Školní řád – bod B odstavec 1).*

Jméno a příjmení zákonného zástupce

……………………………………………………………………….. podpis zákonného zástupce

*Vyjádření praktického lékaře:*

V ……………………………. dne ………………………………. razítko a podpis lékaře

**Rozhodnutí ředitele školy podle § 67 odst. 2 zákona 561/2004 Sb.**

S výše uvedenou žádostí souhlasím / nesouhlasím

V ……………………………. dne ………………………………. razítko a podpis ředitele školy

*Tato žádost je v souladu se školským zákonem č. 561/2004 Sb. a se školním řádem v platném znění.*