



Základní škola, Praktická škola a Mateřská škola Slaný, příspěvková organizace  
Palackého 570/1  
274 01 Slaný

## **Žádost o úplné / částečné<sup>1</sup> uvolnění z tělesné výchovy**

### **Žák/žákyně:**

Jméno a příjmení : .....Třída : .....

Datum narození : .....

Bydliště : .....

### **Zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení : .....

Bydliště: .....

Datum: ..... podpis zákon. zástupce: .....

### **Vyjádření dětského lékaře:**

Doporučuji uvolnit uvedeného žáka/žákyni z výuky povinné tělesné výchovy na dobu

Od .....do .....

#### **1. Zcela**

#### **2. Částečně**

Podle druhu oslabení.....

.....

S doporučením omezením těchto cvičení .....

.....

Současně potvrzuji, že zdravotní stav žáka/žákyně nadále umožňuje plně vykonávat všechny činnosti spojené s požadavky povinné školní docházky.

Datum vystavení:  
dorost

Razítko a podpis praktického lékaře pro děti a

---

<sup>1</sup> Nehodící se škrtněte

