

# ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY POSUDEK ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

<b>I. Vyplní zákonný zástupce nebo plnoletý žák</b>			
<i>Jméno žadatele (zákonný zástupce žáka nebo plnoletý žák):</i>			
<i>Příjmení a jméno žáka:</i>			
<i>Datum narození žáka:</i>		<i>Třída:</i>	
<i>Žádám o uvolnění od:</i>		<i>Do:</i>	
<i>Adresa bydliště žáka:</i>			
<i>Vyučující TV:</i>			
<i>podpis žáka</i>	<i>podpis zákonného zástupce</i>		
<b>II. Vyplní lékař</b>			
<i>Jméno lékaře, který posudek vydal:</i>			
<i>Název a adresa zdravotního zařízení:</i>			
<i>Číslo/označení posudku:</i>			
<i>Posudkový závěr:</i>	<b>žák je uvolněn</b> <input type="checkbox"/> <b>úplně</b> <input type="checkbox"/> <b>částečně</b>		
<i>V případě, že je žák uvolněn částečně – specifikovat uvolnění:</i>			
V _____	dne _____	_____ <i>razítko, podpis lékaře</i>	

<b>III. Souhlasím s uvolněním</b>	
<i>Datum:</i>	<i>Podpis ředitelky školy:</i>