**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z VÝUKY TĚLESNÉ VÝCHOVY**

**ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ**

(dle § 50 odst. 2 zákona 561/2004 Sb. v platném znění)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení studenta: | | Adresa: |
|
| Datum narození: | Zákonný zástupce (u nezletilých studentů): | |
|
| Škola: | | Ročník: |
|

**Žádám o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Odůvodnění žádosti:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádám/ nežádám \*\*o to, aby žák(yně) nemusela v době prvních / posledních\*\***

**Vyučovacích hodin TV zúčastnit náhradního vyučování po celou dobu uvolnění z TV.**

……………………………………..      …………………………/…………………………….        ..……………………………

             datum                            podpis zákon.(zákonných) zástupců                   podpis žáka

Pozn.1: Žák(yně) nemusí být s ohledem na délku uvolnění z předmětu „Tělesná výchova“   hodnocen(a).

Pozn. 2: nedílnou součástí žádosti musí být lékařské potvrzení.

Podáno dne:……………………………………                    Převzal:      ………………………………………………………………….

                                                                                                                          podpis

\*\*nehodící se škrtněte