**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE**

Jméno: ………………………………………………

Bydliště: …………………………………………….

Telefon: ……………………………………………..

Email: .………………………………………………

**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

Žádám o uvolnění mého syna / mé dcery ……………………………………………………., datum narození ……………………….., třída …………………….z tělesné výchovy na dobu doporučenou ošetřujícím lékařem (viz lékařské potvrzení).

………………………………….......

datum a podpis zákonného zástupce

***Lékařské potvrzení***

Na základě lékařského vyšetření doporučují uvolnění výše uvedeného žáka / uvedené žákyně z tělesné výchovy na dobu od …………………………. do …………………………..

………………………………………………

datum, razítko a podpis ošetřujícího lékaře