

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

Jméno:

Bydliště:

Telefon:

Email:

Žádost o uvolnění z tělesné výchovy

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

.....

datum a podpis zákonného zástupce

Lékařské potvrzení

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

.....

datum, razítko a podpis ošetřujícího lékaře