



Příjmení a jméno rodičů/zákonných zástupců:	
Bydliště	

Ve Vracově dne _____

Žádost o uvolnění – částečné osvobození ¹

- uvolnění z Tv - IV.zdravotní skupina - žák neklasifikován z tělesné výchovy
- částečné osvobození z Tv - II.zdravotní skupina - žák klasifikován

Podepsaní zákonní zástupci žáka (žákyně)		
třída	žádají o ¹	- uvolnění z tělesné výchovy - částečné osvobození z tělesné výchovy
Zároveň žádám / nežádám ¹ , alby můj syn/moje dcera byl/a uvolněn/a z vyučovací hodiny tělesné výchovy, která je zařazena v rozvrhu jako poslední / první a přebírám v této době za něj/ní plnou odpovědnost.		
Datum:	Podpis zákonných zástupců:	

Vyjádření lékaře: (zařazení do zdravotní skupiny):		
Doporučení lékaře k zařazení do zdravotní tělesné výchovy-podskupina: A – oslabení podpůrně pohybového aparátu B – oslabení vnitřních orgánů C – oslabení smyslových a nervových funkcí		
Doporučuji zařazení do zdravotní skupiny	ANO	NE
na dobu od _____ do _____		
Žák / žákyně má zakázáno:		
Datum:	Podpis lékaře:	

¹ vyberte správnou možnost

