



Základní škola Ing. M. Plesingera-Božinova Neratovice

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ  
Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA  
pro školní rok 20\_\_ / 20\_\_**

**1. Zákonný zástupce dítěte:**

-----  
Příjmení, jméno, titul

-----  
Místo trvalého pobytu

-----  
Ulice, číslo popisné

-----  
PSČ

-----  
Telefon

**Žádám o uvolnění z vyučování Tv žáka/-yně:**

-----  
Příjmení, jméno

-----  
Třída

-----  
Datum narození

-----  
Místo trvalého pobytu

-----  
Ulice, číslo popisné

-----  
PSČ

**Pro období školního roku 20\_\_ / 20\_\_**

**na 1.pololetí \* / 2.pololetí \* / celý školní rok\***

Uvolnění žádám ze zdravotních důvodů, které dokládám doporučením registrujícího praktického nebo odborného lékaře.

Současně žádám / nežádám\*), aby můj syn / moje dcera\*) byl/a uvolněn z vyučovací hodiny Tv, která je zařazena v rozvrhu jako poslední. Prohlašuji, že okamžikem odchodu mého dítěte z prostoru školy přebírám odpovědnost vyplývající z povinnosti dohledu nad dětmi.

\*) - nehodící se škrtněte

Příloha: Doporučení příslušného lékaře

V ..... dne . . 20

-----  
podpis zákonných zástupců dítěte