

Střední škola sociální péče a služeb, nám. 8. května 2, 789 22 Zábřeh  
Mgr. Stanislava Kubíčková

### ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z VÝUKY TĚLESNÉ VÝCHOVY

Jméno a příjmení žáka/žákyně: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Třída.....

Školní rok:.....

### LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ

1. Úplné uvolnění na dobu od.....do.....

2. Částečné uvolnění od .....do .....

Aktivity, od kterých je žák částečně uvolněn.....:

.....

V .....dne.....

Razítko a podpis lékaře:

### ŽÁDOST RODIČŮ

Na základě lékařského doporučení žádám o uvolnění mé dcery/mého syna z TV.

Jméno, příjmení a adresa zákonného zástupce: .....

.....

### VYJÁDŘENÍ ŘEDITELKY ŠKOLY

Na základě písemného doporučení registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře uvolňuji podle ustanovení § 67 odst. 2 zákona 561/2011 Sb. školský zákon, jmenovaného žáka zcela (zčásti) z výuky tělesné výchovy.

Uvolnění je omezeno na dobu uvedenou v lékařské zprávě.

V případě úplného uvolnění je žák na první nebo poslední vyučovací hodiny TV uvolněn bez náhrady. V hodinách zařazených uprostřed vyučování bude přítomen výuce.

V Zábřehu dne .....

Mgr. Stanislava Kubíčková  
ředitelka školy

- Na vědomí: žák (zákonný zástupce), třídní učitel, učitel TV