Gymnázium, Praha 9, Špitálská 2 č.j. ………………

Žádost o uvolnění od vyučování tělesné výchovy

**Žádám o uvolnění mého syna / mé dcery od vyučování tělesné výchovy**

Jméno a příjmení: ………………………………………………..

Datum narození: …………………………………………………

Třída: ……………………….

**Vyjádření lékaře:**

1. Doporučuji úplné uvolňování od tělesných úkolů na dobu: ……………………………………….....

Důvod: …………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………

1. Doporučuji částečné uvolňování od tělesných úkolů na dobu: ………………………………………

Důvod: …………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………

Zakázané a nedoporučené cviky, zdravotní omezení: ………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum: Razítko a podpis lékaře:

**I.** **V případě úplného uvolnění od vyučování tělesné výchovy si přeji, aby v době výuky TV můj syn (má dcera):**

 a) mohl/a opouštět školu, a na tuto dobu za něj / ni přebírám odpovědnost\* b) neopouštěl/a školu a byl/a přítomen/na na hodinách TV\*

 \*nehodící se škrtněte

**II. Studenti s částečným uvolněním se hodin TV účastní vždy**

……………………………… ………………………………………

 datum podpis rodičů

Na doporučení lékaře souhlasím s úplným / částečným uvolněním od vyučování tělesné výchovy od………………………… do ……………………………………

V Praze ……………………………………… ……………………………………

 ředitel gymnázia