

Zákonný zástupce:

(jméno, příjmení, titul, adresa)

Základní škola a mateřská škola Sobůlky, okres Hodonín,

příspěvková organizace

Sobůlky 280

697 01 Sobůlky

V: dne:

Žádost o úplné uvolnění z výuky tělesné výchovy

Žádám o uvolnění svého syna/své dcery *)

jméno a příjmení:

datum narození:

třída:

z výuky tělesné výchovy ve školním roce ze zdravotních důvodů na základě doporučení lékaře.

Děkuji za kladné vyřízení.

Podpis zákonného zástupce

Příloha:
Lékařské doporučení

Beru na vědomí:

Podpis vyučujícího TV:

Datum:

Podpis třídního učitele:

Datum:

Podpis ředitelky školy:

Datum:

*) nehodící škrtněte