

Mgr. Jiří Viterna  
ředitel školy

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**  
na základě přiloženého lékařského doporučení

Příjmení a jméno: \_\_\_\_\_

DATUM a MÍSTO narození: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Doručovací adresa: \_\_\_\_\_

Školní rok: \_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_

Příjmení a jméno zákonného zástupce: \_\_\_\_\_

- souhlasím s neúčastí syna/dcery ve výchovně-vzdělávacím procesu v době výuky TV
- syn/dcera bude přítomen/přítomna ve výchovně-vzdělávacím procesu v době výuky TV

Děkuji za kladné vyřízení.

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
podpis žáka

Souhlas:

\_\_\_\_\_  
podpis ZŘTV

\_\_\_\_\_  
podpis ředitele školy