Základní škola Česká Třebová, Ústecká ulice
Ústecká 160, 560 03 Česká Třebová

Žádost o uvolnění z tělesné výchovy

podle § 50 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona

Č.j. /20 /ZŠÚst Spisový znak: B 23 Skartační znak: S/10

Žadatel - zákonný zástupce:

Jméno a příjmení _____

Bydliště _____

Adresát - Ředitelka školy: Mgr. Linda Kotyzová
Základní škola Česká Třebová, Ústecká ulice
Ústecká 160
560 03 Česká Třebová

Žádám o uvolnění z tělesné výchovy na základě přiloženého zdravotního posudku:

Jméno a příjmení žáka _____

Datum narození _____

Třída _____

Bydliště _____

Doba uvolnění od_____ do_____

V případě, že bude žák uvolněn z výuky tělesné výchovy zcela označte zvolenou variantu:

☐ hodiny tělesné výchovy jsou první nebo poslední vyučovací hodiny a žádám tímto o uvolnění bez náhrady na tyto vyučovací hodiny a souhlasím s pozdějším příchodem/dřívějším odchodem do/ze školy.

☐ hodiny tělesné výchovy jsou mezi ostatními vyučovacími hodinami a žák se účastní náhradního vzdělávání způsobem určeným ředitelkou školy.

Dne: Podpis zákonného zástupce:

ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ

Žádáme o provedení lékařské prohlídky k posouzení zdravotní způsobilosti k předmětu tělesná výchova pro účely uvolnění

Požadovaný druh lékařské prohlídky - jednorázová prohlídka

Posuzovaná osoba:

Jméno a příjmení žáka _____

Datum narození _____

Bydliště _____

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ

Posuzovaná osoba je k předmětu tělesná výchova:

- Zdravotně způsobilá*
- Zdravotně nezpůsobilá *
- Zdravotně způsobilá s podmínkou*:

  _____

  _____

  * Nehodící se škrtněte.

Doba platnosti posudku pro předmět tělesná výchova:

- _____ pololetí školního roku 20__ /20__ **
- školní rok 20__/20__ **

** Vyplňte zvolené.

Jméno posuzujícího lékaře: _____

Datum vydání lékařského posudku: _____

_____

Podpis a razítko