**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

**v souladu s § 67 odst. 2, zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………… Třída: …………

V souladu s § 67 odst. 2, zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon), ředitel školy uvolní žáka z vyučování tělesné výchovy na základě písemného doporučení registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře.

**Stanovisko lékaře:**

Výše uvedený žák/yně Vaší školy nemůže navštěvovat předmět Tělesná výchova ze zdravotních důvodů v době od ……………………….. do ……………………………. 20…. , tj. …….. měsíců/ 1. pololetí/ 2. pololetí/ celý školní rok. *(nevyhovující škrtněte)*

**Vyjádření lékaře:**

Datum: ………………………. ………………………………………

podpis a razítko lékaře

Datum: ……………………….. ……………………………………………

podpis zákonného zástupce

nebo zletilého žáka

**Vyjádření ředitelky školy:**

Datum: ………………………. Podpis ředitelky školy: ……………........