



Střední škola uměleckých řemesel, s. r. o.,

Gurtějova 8, 700 30 Ostrava-Zábřeh

tel.: 596 746 064, 606 362 825

## ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TV

### o částečné – úplné \* uvolnění z předmětu tělesná výchova

Na základě lékařské zprávy žádám o uvolnění žáka z hodin TV - dle rozvrhu hodin. Po tuto dobu přebírám zodpovědnost na sebe.

na .....pololetí / školního roku .....

Jméno žáka .....

Datum narození.....třída.....

Bydliště.....PSC.....

Datum:

.....  
podpis zákonného zástupce nebo podpis zletilého žáka

### Vyjádření lékaře k uvolnění z hodin tělesné výchovy

Žák(yně) SŠUR, s. r. o.:.....

Datum narození:.....

Doporučuji úplné - částečné\*) uvolnění z hodin tělesné výchovy na ..... pololetí školního roku ..... z těchto důvodů:

Při částečném uvolnění z tělesné výchovy doporučuji vynechat:

.....  
datum, podpis a razítko lékaře

----- vyplňuje škola -----

Převzato dne:

Převzal/a: