

ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ VE ŠKOLNÍM ROCE:

Žádám, aby můj syn /moje dcera
jméno a příjmení

žák /žákyně třídy.....

- byl(a)
- 1) osvobozen(a) od tělesné výchovy částečně
 - 2) osvobozen(a) od tělesné výchovy úplně
 - 3) měl(a) zdravotní omezení při plnění předmětu praxe a jiných škol. činnostech
(*nehodící se škrtněte*)

Datum:
.....
podpis rodičů

Vyjádření lékaře:

Jmenovaného (jmenovanou) navrhuji (*nehodící se škrtněte*)

- 1) osvobodit od tělesné výchovy ČÁSTEČNĚ
- 2) osvobodit od tělesné výchovy ÚPLNĚ
- 3) respektovat zdravotní omezení při plnění předmětu praxe a jiných škol. činnostech

na dobu od do

Důvod:

Cviky a práce (činnosti), které NESMÍ VYKONÁVAT (nutno vypsát):

Datum:
.....
podpis a razítko lékaře

Rozhodnutí ředitele školy:

- Jmenovaný žák je:
- 1) osvobozen od tělesné výchovy částečně
 - 2) osvobozen od tělesné výchovy úplně
 - 3) má uvedená zdravotní omezení při plnění předmětu praxe a jiných škol. činnostech

na dobu od do

Datum:
.....
ředitel školy