**Žádost o uvolnění žáka z TV**

Žádám, aby můj syn/dcera ………………………………………….……….., nar. ……………………………………………, třída ……………………………….,

byl/a na základě lékařského vyšetření

**ÚPLNĚ - ČÁSTEČNĚ** uvolněn/a z povinné tělesné výchovy

ve školním roce …………………………………………………………………….

****

Ve Zlíně dne: ………………………..........

………………………………………….

podpis zákonných zástupců

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**K žádosti je nutné přiložit posudek odborného lékaře o zdravotním znevýhodnění.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rozhodnutí ředitelky školy**

Žák/žákyně **BUDE – NEBUDE** klasifikován/a z TV.

Ve Zlíně dne: …………………………………

……………………………………..

Mgr. Irena Šlesingerová

 ředitelka školy