Jméno a příjmení žadatele: …………………………………………………………………………………………………………………

Třída a obor studia: ………………………………………………………Datum narození……………………………………………

Telefonní kontakt: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresa trvalého bydliště: …………………………………………………………………………………………………………………….

Doručovací adresa (jeli jiná než adresa trvalého bydliště): …………………………………………………………………

**Střední odborná škola uměleckořemeslná s. r. o.**

ředitel Mgr. Radek Coufal

Podkovářská 4

190 00 Praha 9

**Žádost o uvolnění z tělesné výchovy ze zdravotních důvodů**

Žádám o uvolnění z předmětu tělesná výchova od ……………………………………… do ………………………………………………..

Důvod: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………… …….……………………………………………………

Podpis žáka Podpis zákonného zástupce

(v případě nezletilosti žáka)

**Vyjádření lékaře:**

Doporučuji uvolnění z tělesné výchovy

1. úplné
2. částečné s těmito úlevami……………………………………………………………………………………………………………………...........

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….

Datum, razítko a podpis lékaře