

Zákonný zástupce / zletilý student:

.....
.....
.....

Žádost o uvolnění z tělesné výchovy

Žádám o uvolnění

jméno a příjmení: datum narození třída

z tělesné výchovy na dobu doporučenou ošetřujícím lékařem (viz lékařské potvrzení).

.....
datum a podpis zákonného zástupce / zletilého studenta

Lékařské potvrzení

Na základě lékařského vyšetření doporučuji uvolnění výše uvedené(ho) studentky (studenta) z tělesné výchovy na dobu

od do

.....
datum, razítko a podpis ošetřujícího lékaře