

Základní škola a Střední škola CREDO, o.p.s.

Mozartova 43, 779 00 Olomouc

tel.: 605 000 641

e-mail: [credo\_ops@cmail.cz](mailto:credo_ops@cmail.cz)

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

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z VÝUKY TĚLESNÉ VÝCHOVY**

**ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ**

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ...................................................................................................................

Trvalé bydliště........................................................................................................................................

**Žádám Vás o uvolnění z výuky tělesné výchovy ze zdravotních důvodů**

pro syna/dceru ……………….………………………….……. žáka/žákyně…….……..třídy na období:

**1.pololetí**\* **2. pololetí**\* **celý školní rok**\* **od………………….do ……………………**\*

Důvodem je doporučení odborného lékaře, které je přílohou této žádosti.

V ............................................................... dne: .......................... .....................................................................

Podpis zákonného zástupce

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vyjádření ředitelky školy:

**Souhlasím** – **nesouhlasím**  s uvolněním………………………………………………………..

V………………………………… dne: ………… ………….………………………

Jméno, příjmení a podpis

ředitelky školy

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**\* vyhovující zatrhněte nebo doplňte**