



Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Mladá Boleslav, B. Němcové 482

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z VÝUKY PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA (TV)

Školní rok: _____

Jméno a příjmení žáka: _____

Třída: _____

Třídní učitelka: _____

Vyučující tělesné výchovy: _____

Žádám o uvolnění z výuky tělesné výchovy od _____ do _____

Z důvodu _____

Datum: _____

Podpis žáka: _____ Podpis rodičů: _____

Vyjádření lékaře: _____

Na vědomí vyučující TV, podpis: _____

Na vědomí třídní učitelce, podpis: _____

Podpis ředitelky školy: _____