Základní škola Jana Amose Komenského, Karlovy Vary, Kollárova 19, příspěvková organizace

ŽÁDOST RODIČŮ O UVOLNĚNÍ Z PŘEDMĚTU TĚLESNÁ VÝCHOVA

Adresát:

Základní škola Jana Amose Komenského, Karlovy Vary, Kollárova 19, příspěvková organizace zastoupená ředitelem školy Mgr. Vilibaldem Schlapákem.

**Žádám o uvolnění mé dcery/syna .................................................................................................**

**třída ..................................... nar. ...............................................................................................**

**trvalé bydliště ..............................................................................................................................**

**z výuky tělesné výchovy ze zdravotních důvodů.**

Zákonný zástupce žádá o uvolnění z posledních vyučovacích hodin.

V ........................................................... dne .................................................................................

*PROSÍM VYPLŇTE HŮLKOVÝM PÍSMEM:*

zákonný zástupce žáka – jméno a příjmení .....................................................................................

adresa: ..............................................................................................................................................

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

podpis zákonného zástupce žáka

příloha: lékařské doporučení