V …………………………………….. dne ……….…......

**Žádost o uvolnění žáka z výuky tělesné výchovy**

**Jméno a příjmení žáka:**

**Datum narození:**

**Adresa trvalého pobytu:**

Žádám o uvolnění své dcery / svého syna z výuky tělesné výchovy ze zdravotních důvodů.

Doporučení lékaře je přílohou této žádosti.

**Jméno a příjmení zák. zástupce:**

**Adresa trvalého pobytu** (pokud se liší od adresy žáka)**:**

**Telefon:**

**E-mail:**

**Podpis zák. zástupce:**