Žádám o uvolnění z výuky tělesné výchovy pro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, třída \_\_\_\_\_\_\_\_

doporučené ošetřujícím lékařem ze zdravotních důvodů.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

# LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ

Jmenovaný žák je u nás v trvalé lékařské péči. Doporučujeme následující úlevy v tělesné výchově (zaškrtněte v následujícím textu) na období:……………………………………..

* úplné uvolnění z výuky tělesné výchovy.
* částečné uvolnění s tímto doporučením pro vyučující (uveďte prosím konkrétně - např. zákaz skoků, doskoků, otřesů, cvičení na nářadí, dlouhé pochody, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž,...):

|  |  |
| --- | --- |
| V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | razítko a podpis lékaře |