**Zákonný zástupce žáka:**

Jméno, příjmení: …………………………………………………

Adresa:………………………………………………………………..

**ZŠ Mistřice, okres Uherské Hradiště, příspěvková organizace**

**Mistřice 1**

**687 12 Bílovice**

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z VYUČOVÁNÍ ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ**

**Jméno žáka: ………………………………………………………………………………**

**Datum narození žáka**: …………………………………………………………………..

**Třída: …………………….**

**Trvalé bydliště: ………………………………………………………………………..**

**Jméno zákonného zástupce: ……………………………………………………**

* Jako zákonný zástupce výše uvedeného žáka/žákyně žádám o uvolnění z vyučování ze zdravotních

důvodů **z předmětu**: TV – plavecká výuka **na období**: X. pololetí XXXXXXXXXXXXXX

* V případě první nebo poslední vyučovací hodiny tohoto předmětu:

***bude přítomen/přítomna v hodinách TV bez aktivní činnosti***

*nebo*

***v případě, že se jedná o první vyučovací hodinu (bude přicházet na druhu vyučovací hodinu) nebo poslední vyučovací hodinu (bude odcházet před hodinou TV), bude uvolněn/uvolněna bez náhrady***

**K žádosti přikládám posudek vydaný registrujícím lékařem.**

V ……………………………….. dne ……………………………………

Podpis zákonného zástupce: ………………………………………………………….