Lingua Universal soukromá základní škola a mateřská škola s. r. o.,

Sovova 480/2, 412 01 Litoměřice

# ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

#  ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Údaje o žadateli (zákonný zástupce dítěte):

|  |  |
| --- | --- |
| **Otec** | **Matka** |
| Jméno a příjmení: | Jméno a příjmení: |
| Bydliště: | Bydliště: |
| Mobilní telefon: | Mobilní telefon: |
| Email: | Email: |

Žádáme pro našeho syna /naši dceru uvolnění:

Jméno a příjmení: r. č.:

Bydliště: Třída:

Povolení žádáme pro školní rok:

K žádosti přikládáme:

* Doporučující stanovisko lékaře

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v této žádosti jsou správné a jsem si vědom/a následků nepravdivého prohlášení. Zároveň beru na vědomí, že vzdělávání dle IVP končí uplynutím školního roku, na který je žádost podána.

V dne

Podpis zákonného zástupce:

Vyjádření ředitele školy:

Na vědomí vzal

Třídní učitel:

Učitel TV: