 **TRIVIS – Střední škola veřejnoprávní**

 **Ústí nad Labem, s.r.o.**

##  Máchova 1376 / 3, 400 03 Ústí nad Labem

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z VÝUKY**

1. TĚLESNÉ VÝCHOVY
2. SEBEOBRANY

V souvislosti s doporučením ošetřujícího lékaře žádám o uvolnění z výuky TĚLESNÉ VÝCHOVY / SEBEOBRANY pro žáka/žákyni:

Jméno a příjmení:

Třída:

Školní rok:

Datum narození:

Bydliště:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce / zletilého žáka

**DOPORUČENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

□ úplné uvolnění z výuky

□ částečné uvolnění z výuky s tímto doporučením pro vyučujícího / uveďte prosím konkrétně – např. zákaz skoků, doskoků, otřesů, cvičení na nářadí, dlouhé pochody, dlouhé běhy, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž, posilovací cviky na svalové partie nebo na určité partie těla, časově limitované vytrvalostní cviky apod.:

Platnost doporučení od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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