Vážený pan

PhDr. Karel Goš

ředitel

Gymnázium, Olomouc – Hejčín,

Tomkova 45

779 00 Olomouc

**Žádost o uvolnění žáka z vyučování předmětu tělesná výchova**

Vážený pane řediteli,

v souladu s § 67 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, žádám **pro mého syna/mou dceru, žáka/žákyni Gymnázia, Olomouc – Hejčín, Tomkova 45**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žáka** |  |
| **Datum narození žáka** |  |
| **Trvalé bydliště žáka** |  |
| **Třída/třídní učitel** |  |
| **Jméno a příjmení zákonného zástupce** |  |
| **Trvalé bydliště zákonného zástupce** |  |
| o **úplné uvolnění – částečné uvolnění** \*) z vyučování předmětu **tělesná výchova** **na dobu od:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Doporučení lékaře je v příloze.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_podpis žáka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis zákonného zástupce

\*) nehodící se škrtněte

Příloha:

**Doporučení registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žáka** |  |
| **Datum narození žáka** |  |
| **Trvalé bydliště žáka** |  |
| **Třída/třídní učitel** |  |

Výše jmenovaný žák je u nás v trvalé lékařské péči s indikovanou diagnózou. S ohledem na tuto diagnózu doporučujeme na výše uvedené období:

* **úplné uvolnění** z vyučování předmětu tělesná výchova \*)
* **částečné uvolnění** z vyučování předmětu tělesná výchova \*) s tímto doporučením pro vyučující (uveďte konkrétně - např. zákaz skoků, doskoků, otřesů, cvičení na nářadí, dlouhé pochody, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž apod.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razítko a podpis lékaře

razítko a podpis lékaře

\*) nehodící se škrtněte