Základní škola a Mateřská škola Mašťov

Náměstí 122

431 56 Mašťov

**Žádost o úplné uvolnění žáka z TV**

Jméno žadatele (zákonného zástupce)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žádám o částečné uvolnění syna/dcery \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nar.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ročník:\_\_\_\_ z vyučovacího předmětu tělesná výchova ze zdravotních důvodů, na základě lékařského

potvrzení.

Datum: podpis:

**Příloha: lékařské potvrzení**