



Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola

Praha 4, 5. května 51, IČ: 00638722 DIČ: CZ00638722

tel.: 244 105 001, fax: 244 105 043

e-mail: zdravotnickaskola@centrum.cz web: www.zdravotnickaskola5kvetna.cz

Žádost o uvolnění z TEV

Č.j.: SOs - _____

PŘÍJMEMÍ A JMÉNO ŽÁKA, DAT. NAR.: _____

KONTAKTNÍ ADRESA, PSČ: _____

OBOR, TŘÍDA A FORMA STUDIA: _____

TŘÍDNÍ UČITEL: _____

K vyplnění pro plnoleté žáky:

Žádám o uvolnění z hodin tělesné výchovy v, ve _____ pololetí
školního roku _____ .

podpis žáka

K vyplnění pro rodiče nezletilých žáků:

Žádám o uvolnění dcery (syna) z hodin tělesné výchovy
v, ve _____ pololetí školního roku _____ .
V případě uvolnění z hodin TEV přebírám za dceru (syna) plnou
odpovědnost.

podpis zákonného zástupce

Vyjádření lékaře (případně přílohou):

Stanoviskoředitelky školy:

Na vědomí: žák, třídní učitel, učitel TEV