



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.: SOv - _____

JMÉNO A PŘÍJMEMÍ STUDENTA, DAT.NAR: _____

KONTAKTNÍ ADRESA, PSČ _____

OBOR, STUD.SKUP., FORMA VZDĚL.: _____

VEDOUcí STUD.SKUP.: _____

K vyplnění pro studenty:

Žádám o uvolnění z hodin tělesné výchovy v _____ období
školního roku _____ .

datum

podpis studenta

Vyjádření lékaře (případně přílohou):

Stanovisko ředitelky školy:

Na vědomí: student, vedoucí stud.skup., učitel TEV