Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola
Praha 4, 5. května 200/51, IČO: 00638722, DIČ: CZ00638722
tel.: 244 105 001
e-mail: sekretariat@szs5kvetna.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