



**Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola**  
Praha 4, 5. května 200/51, IČO: 00638722  
tel.: 244 105 001  
e-mail: [sekretariat@szs5kvetna.cz](mailto:sekretariat@szs5kvetna.cz) web: [www.zdravotnickaskola5kvetna.cz](http://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