



Jméno a příjmení lékaře

Kontaktní telefon

Sídlo ordinace

V Kladně dne ____ . ____ . ____

Adresát:

Mgr. Šárka Vostarková

Základní škola a Mateřská škola, Kladno

Zd. Petříka 1756

272 01 Kladno

Č.j.: _____ (vyplní ředitelka školy)

Věc: Potvrzení o osvobození z tělesné výchovy

Ve smyslu §50 odst. 2 Zákona č. 561 /2004 v platném znění o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) a metodického pokynu MZ ČR OZP/ 3 – 2542 ze dne 6. 11. 1995 k postupu praktických lékařů pro děti a dorost, při posuzování způsobilosti k tělesné výchově na základních a středních školách, **doporučuji** řediteli školy uvolnit níže uvedeného žáka/ žákyni z výuky povinné tělesné výchovy od ____ do ____.

Žák/ žákyně bude uvolněn/a zcela částečně z důvodu oslabení:

s doporučením omezení těchto cvičení: _____

Jméno a příjmení žáka/ žákyně

Třída

M Ž
Pohlaví

Trvalé bydliště

Datum narození

Rodné číslo

lékař