

**Lékař:** (prosím, vyplňte hůlkovým písmem)

Jméno a příjmení lékaře

Telefon

Sídlo ordinace

**Adresát:**

Mgr. Šárka Vostarková  
Základní škola a Mateřská škola Kladno,  
Zd. Petříka 1756  
Kladno, 272 01

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) ve znění pozdějších předpisů 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

Státní příslušnost

v \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

lékař