**Žádost o uvolnění či omezení z praktické části tělesné výchovy**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení, jméno: |  |
| Datum narození: |  |
| Třída: |  |
| Trvalé bydliště: |  |

**Důvod uvolnění či omezení a následující body doplní ošetřující lékař do přiložené lékařské zprávy.**

1. Doba trvání uvolnění či omezení z TV (od-do) : …………………………………………….
2. Specifikace diagnózy – slovní hodnocení

………………………………………………………………………………………………...

1. Druh omezené pohybové aktivity

…………………………………………………………….……………………….…………

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** | **Razítko a podpis lékaře:** |

**Tato žádost slouží k individuálnímu pohledu ke zdravotnímu stavu žáků. Pokud fyzickou aktivitu nemůže vykonávat vůbec, ať už z jakéhokoli zdravotního hlediska, vypracuje dotyčný žák dvě teoretické práce za pololetí, na jejichž základě bude hodnocen. Pokud se jedná o částečné uvolnění nebo omezení, bude se situace dále řešit osobní domluvou s vyučujícím.**

Žák je povinen docházet na hodiny TV podle rozvrhu třídy, avšak může v těchto hodinách pracovat na teoretických pracích.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** | **Podpis žáka resp. zákonného zástupce:**  |

**SOUHLAS VEDENÍ ŠKOLY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** | **Podpis ředitele školy:** |