**Základní škola a Mateřská škola Traplice, okres Uherské Hradiště**

**IČO: 00395404 Bank. spojení: KB, č.ú.: 20423721/0100 Tel./Fax: 572572625**

**Traplice 375, 687 04 Traplice E-mail: zstraplice@zstraplice.uhedu.cz**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**dle § 50 odst. 2 zákona 561/2004 Sb. (Školský zákon) v platném znění**

Jméno a příjmení: …................................................................

Třída: …........................ Školní rok: ….........................

Vyučující TV: …......................................................................

Žádám o uvolnění z tělesné výchovy:

* na celý školní rok
* na 1. pololetí školního roku
* na 2. pololetí školního roku

V …............................... Dne: ….........................

Podpis rodičů: …..........................

***Vyplní lékař***

Druh oslabení, nevhodná cvičení a činnosti:

Navrhuji:

* Částečné uvolnění z TV
* Úplné uvolnění z TV

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

razítko, datum a podpis lékaře

Poznámka:

**Částečné uvolnění z TV** znamená, že žák navštěvuje běžné hodiny TV a s výjimkou zakázaných cvičení se plně účastní výuky. Je z TV klasifikován.

**Úplné uvolnění z TV** znamená, že žák v hodinách TV necvičí a není z TV klasifikován. Pokud je hodina TV konečná v rozvrhu, můžou rodiče žáka požádat o neúčast v hodinách.