(meno a priezvisko žiaka/žiačky, dátum narodenia, adresa)

**ŽIADOSŤ O OSLOBODENIE Z TELESNEJ VÝCHOVYOCHOVY**

Na základe zdravotného stavu môjho syna/ mojej dcéry\* žiadam o oslobodenie z hodín Telesnej výchovy na školský rok: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trieda: ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zároveň súhlasím/nesúhlasím, aby môj syn/ moja dcéra bol/bola neprítomný/neprítomná v priestoroch školy počas vyučovania Telesnej výchovy, pokiaľ sa jedná o prvú alebo poslednú vyučovaciu hodinu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zákonného zástupcu Podpis žiaka

Prílohy k tejto žiadosti: odborný posudok lekára

**VYJADRENIE TRIENDEHO UČITEĽA/TRIEDNEJ UČITEĽKY:**

ODPORÚČAM NEODPORÚČAM \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 meno a priezvisko, podpis

**VYJADRENIE RIADITEĽKY ŠKOLY:**

SÚHLASÍM NESÚHLASÍM \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PhDr., PaedDr. Marcela Katarína Pjatková, PhD.

 riaditeľka školy

 (\*nehodiace sa prečiarknite)