**Žádost o uvolnění z Vyučování tělesné výchovy**

**S níže uvedenými osobními údaji bude nakládáno dle nařízení EU č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů v platném znění a interních předpisů Základní školy a Mateřské školy Brozany nad Ohří, příspěvková organizace.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Žák/žákyně:** | **Datum narození:** | **Třída:**  |
| **Místo trvalého pobytu žáka/žákyně::** | **Zákonný zástupce žáka/žákyně:** | **Třídní učitel/ka:** |
| **Místo trvalého pobytu zákonného zástupce:** | **Telefon zákonného zástupce:** | **Vyučující tělesné výchovy:** |
| Důvod uvolnění  ………………………………………………………………………………………………..Svou žádost dokládám doporučením registrujícího nebo odborného lékaře. V době vyučování TV přebírám za své dítě právní odpovědnost. |
| Žáci resp. jejich zákonní zástupci mohou požádat o uvolnění zcela /zčásti z vyučování tělesné výchovy doporučené ošetřujícím lékařem ze zdravotních důvodů. Uvolnění je omezeno na dobu **jednoho pololetí školního roku nebo na celý školní rok**. Prosím, zaškrtněte v následujícím textu, zda žádáte o:* úplné uvolnění z vyučování tělesné výchovy,
* částečné uvolnění s tímto doporučením pro vyučující (uveďte prosím konkrétně - např. zákaz skoků, doskoků, otřesů, cvičení na nářadí, dlouhé pochody, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž,...).
 |
| Podpis žáka: |  |
| Podpis zákonného zástupce žáka: |  |
|  V Brozanech nad Ohří dne:  |
| Podpis vyučujícího tělesné výchovy: |  | Podpis třídního učitele/učitelky: |  |
| Vyjádření odborného lékaře je přílohou této žádosti. |
| Datum přijetí žádosti: Vyřízeno a založeno: |
| Podpis ředitele školy: |