Meno a priezvisko zákonného zástupcu žiaka (u plnoletého žiaka meno a priezvisko žiaka), adresa

 ZŠ s MŠ Dolné Orešany riaditeľstvo školy

 Dolné Orešany 209 91902

 V Dolných Orešanoch dňa .................................

**Žiadosť o oslobodenie od telesnej výchovy**

Žiadam o oslobodenie z hodín povinnej telesnej výchovy pre ..................................................... ,

 (meno a priezvisko žiaka)

nar.: ............................................... , žiaka ..................... triedy z dôvodu lekárskeho odporučenia, ktoré

prikladám v prílohe.

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

 podpis žiadateľa

Príloha: Odporučenie na oslobodenie od povinnej telesnej výchovy od odborného lekára