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