



**ZŠ a MŠ Oty Pavla  
Buštěhrad**

## P o t v r z e n í

žák/žákyně: ..... narozen/a .....

bydliště: .....

třída: ..... školní rok: .....

d o p o r u č u j i

řediteli školy uvolnit výše uvedeného žáka/žákyni z tělesné výchovy na dobu

od: .....do: ..... školního roku .....

a) částečné uvolnění

s doporučením omezení těchto činností/cvičení:

.....  
.....  
.....

b) úplné uvolnění ze školní tělesné výchovy

důvod uvolnění/druh oslabení:

.....  
.....

Datum vystavení: .....

.....

razítko a podpis lékaře



ZŠ a MŠ Oty Pavla Buštěhrad  
Tyršova 77  
273 43 Buštěhrad

Telefon: 312 250 530

E-mail:

info@zsbustehrad.cz

Web: www.zsbustehrad.cz