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

**(Meno, priezvisko, adresa zákonného zástupcu)**

Základná škola

Námestie sv. Ignáca 31

920 41 Leopoldov

V .................................. dátum...................

Vec:

**Žiadosť o oslobodenie od vyučovania telesnej výchovy**

Na základe potvrdenia od lekára žiadam o **úplné - čiastočné**\* oslobodenie od vyučovania telesnej výchovy pre **svojho/svoju**\*

**syna/dcéru**\* ......................................................................................................

**dátum a miesto narodenia** ......................................................................................................

**trieda** ......................................................................................................

**bytom (ulica, číslo, obec)** ......................................................................................................

**od - do** ......................................................................................................

Elektronická schránka aktívna: ***áno - nie\****

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

 podpis zákonného zástupcu podpis zákonného zástupcu

 (otec) (matka)

**Stanovisko detského lekára:**

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

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

 podpis a pečiatka lekára

\* čo sa nehodí, prečiarknite