

## Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa vč. PSČ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Základní škola Brno, Měšťanská 21, p. o.**

Měšťanská 21

620 00 Brno

## Žádost o uvolnění žáka z vyučování předmětu

Žádám o **částečné – úplné** uvolnění dítěte \_\_\_\_\_  
(nehodící se škrtněte) (jméno a příjmení)

navštěvující třídu \_\_\_\_\_ vaší školy z vyučování předmětu \_\_\_\_\_ na dobu

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

**Důvod** (Poznámka: zdravotní důvody je nutno doložit vyjádřením lékaře s uvedením činností, které žák nemůže provádět):

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

Současně **žádám – nežádám** o uvolnění bez náhrady vyučování, neboť předmět je v rozvrhu (nehodící se škrtněte) zařazen na začátek nebo konec vyučovacího bloku. Jsem si vědom(a), že do rozhodnutí ředitelky školy o uvolnění musí být dítě přítomno ve vyučování.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

## Doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře:

Doporučuji vyhovět výše uvedené žádosti v rozsahu:

a) částečné uvolnění ANO - NE z činností:

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

b) úplné uvolnění ANO – NE

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře