

**Mateřská škola a základní škola BEEHIVE, Na Šafránci 9/1651, Praha 10 –  
Královské Vinohrady**

**Žádost o uvolnění z předmětu tělesná výchova – plavání pro školní rok  
2018/2019**

(podle § 50, odst.2 školského zákona)

**1. Zákonný zástupce dítěte:**

*Příjmení, jméno, titul:* .....

*Datum narození:* .....

*Místo trvalého pobytu:* .....

*Adresa pro doručování písemností (není-li shodná s místem trvalého pobytu):*  
.....

**Žádám o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova - plavání  
žáka/yně:**

*Příjmení, jméno:* .....

*Datum narození:* ..... *Třída:* .....

*Místo trvalého pobytu:* .....

**pro školní rok 2018/2019.**

Uvolnění žádám ze zdravotních důvodů, které dokládám doporučením registrujícího praktického nebo odborného lékaře.

Současně žádám / nežádám\*), aby můj syn / moje dcera\*) byl/a uvolněn z vyučovací hodiny Tv, která je zařazena v rozvrhu jako první nebo poslední.

V Praze, dne

.....  
podpis zákonných zástupců dítěte

Příloha: Doporučení příslušného lékaře

Došlo dne, spisová značka (vyplní škola) :

\*) - nehodící se škrtněte

**Stanovisko registrujícího praktického nebo odborného lékaře  
k žádosti o uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova**

**Žák – žákyně:**

Příjmení, jméno: .....

Datum narození: ..... Třída: .....

Místo trvalého pobytu: .....

**Zdravotní stav:**

Je dobrý \*): ANO NE

S následujícími omezeními:

Stav \*): NEMĚNNÝ PŘEDPOKLAD ZLEPŠENÍ

**Možnost účasti \*):**

Školní tělesná výchova ANO NE

Plavecký výcvik ANO NE

Lyžařský výcvik ANO NE

Ozdravné pobytové akce školy ANO NE

**Závěrečné posouzení a doporučení \*):**

1. *Doporučuji úplné uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova*

*Na dobu do:*

2. *Doporučuji částečné uvolnění z vyučování předmětu tělesná výchova s omezením (vypíšte):*

*Na dobu do:*

V Praze, dne

.....  
Podpis a razítko lékaře

\*) - nehodící se škrtněte

# Request for release from subject Physical Education - Swimming for the school year 2018/2019

(pursuant to Section 50, paragraph 2 of the Education Act)

## 1. The child's legal representative:

Surname, Name, Title: .....

Birthdate: .....

Permanent residence: .....

Address for mailing documents (if different from permanent residence):  
.....

I request the release from the subject of physical education - student swimming:

Surname, name: .....

Date of birth: ..... Class: .....

Permanent residence: .....

for the school year 2018/2019.

I request the release for health reasons, which I can prove by the recommendation of a registered medical practitioner or specialist.

At the same time, I ask / request \* that my son / daughter \*) be released from the lesson that is included first or last in the schedule.

In Prague on .....

signature of the child's legal representatives

Attachment: Recommendation of the appropriate physician

On the day, file mark (to be completed by the school):

\*) - Delete as appropriate

**Statement of a registered practitioner or specialist  
to request for release from the subject of Physical Education**

Student:

Surname, name: .....

Date of birth: ..... Class: .....

Permanent residence: .....

**Health condition:**

It is good \*): YES NO

With the following restrictions:

**Condition \*): NON-EXHAUSTIVE IMPROVEMENT**

Opportunity to participate \*):

School Physical Education YES NO

Swimming class YES NO

Ski class YES NO

School trip events YES NO

**Final assessment and recommendations \*):**

***1. I recommend complete relaxation from the subject of physical education***

***For a period up to:***

***2. I recommend partial relaxation from the subject of physical education subject to limitation***

***(please specify):***

***For a period up to:***

In Prague on

.....

Signature and stamp of a doctor

\*) - Delete as appropriate