

# ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ STUDENTA DO SKUPINY ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY

JMÉNO A PŘÍJMENÍ

TŘÍDA

ČÍSLO JEDNACÍ

Žádám ze zdravotních důvodů zařazení do předmětu ZDRAVOTNÍ TĚLESNÁ VÝCHOVA

NA PRVNÍ POLOLETÍ

NA DRUHÉ POLOLETÍ

NA CELÝ ŠKOLNÍ ROK

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE:

Vzhledem ke zdravotnímu omezení nejsou vhodné následující pohybové aktivity a cviky:

1	
2	
3	
4	
5	

vzhledem ke zdravotnímu omezení doporučuji následující pohybové aktivity a kompenzační cviky (relexace):

1	
2	
3	
4	
5	

Datum:

PODPIS RODIČŮ

podpis a razítko lékaře

PODPIS STUDENTA

VYJÁDŘENÍ A PODPIS UČITELE TV

VYJÁDŘENÍ ŘEDITELE ŠKOLY