



Žádost o uvolnění z TV

Jméno

Příjmení

Datum narození

Ulice

Číslo popisné / orientační

PSČ

Místo (obec)

Telefon

Email

Třídní učitel

Třída

Školní rok

A. Uvolnění z TV

úplné

částečné _____

B. Na dobu

1. pololetí školního roku _____ /

2. pololetí školního roku _____ /

celý školní rok _____ /

jiná doba od: _____ do: _____

Razítko a podpis lékaře

Místo, datum

Datum

Podpis žadatele

Jméno a příjmení zákonného zástupce
(u denní formy studia vyžadováno)

Podpis zákonného zástupce

Vzato na vědomí třídním učitelem

Datum

Podpis

Vyjádření zástupce ředitele školy: _____

Datum

Podpis