

**LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ**

**Žák/yně** ...................................................................................................................................

**narozen/a** ……………………………………………. **třída** …………………….

Doporučuji osvobození od předmětu Tělesná výchova

1. úplné
2. částečné od těchto cviků ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Na dobu – celý školní rok 20 .. / 20 ..

 – od ………………………….………… do ………………………………

Vyjádření vyučujícího TV: ………………………………………………………………………………………………………

Okrajové hodiny: ano / ne

Datum: …………………………….. ……………………………………………………….

 Razítko a podpis praktického lékaře