Žiadateľ: .................................................................................................................................

 ZŠ s MŠ Ondreja Štefku

 M. R. Štefánika 432

 013 03 Varín

Vec: Žiadosť o oslobodenie od vyučovania telesnej výchovy

Dolu podpísaná/ý ..................................................... rodič .......................................................... žiaka/čky ........................ triedy, žiadam aby v školskom roku 20..../20.... bolo moje dieťa na základe dostupných vyšetrení úplne/čiastočne\* oslobodené od vyučovania telesnej výchovy.

 ........................................

 podpis rodiča

\* Vyznačiť zvolené a doložiť potvrdením od lekára.

Príloha: Lekárske potvrdenie