

**Zákonný zástupce**

Příjmení a jméno: \_\_\_\_\_

Adresa vč. PSČ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Základní škola Brno, Bednářova 28, příspěvková organizace**

Bednářova 496/28

619 00 Brno

**Žádost o uvolnění žáka z vyučování předmětu**

Žádám o **částečné – úplné** uvolnění dítěte \_\_\_\_\_  
(nehodící se škrtněte) (jméno a příjmení)

navštěvující třídu \_\_\_\_\_ vaší školy z vyučování předmětu \_\_\_\_\_ na dobu  
od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

**Důvod** (Poznámka: zdravotní důvody je nutno doložit vyjádřením lékaře s uvedením činností, které žák nemůže provádět):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Současně **žádám – nežádám** o uvolnění bez náhrady vyučování, neboť předmět je v rozvrhu  
(nehodící se škrtněte)  
zařazen na začátek nebo konec vyučovacího bloku. Jsem si vědom(a), že do rozhodnutí ředitelky školy o  
uvolnění musí být dítě přítomno ve vyučování.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

**Doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře:**

Doporučuji vyhovět výše uvedené žádosti v rozsahu:

a) částečné uvolnění ANO - NE z činností:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) úplné uvolnění ANO – NE

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře

