**Cirkevná základná škola sv. Cyrila a Metoda**

**Komenského 3064/41, 926 01 Sereď**

 tel. 031/789 57 45, e-mail: sek.czssered@gmail.com

**Žiadosť o čiastočné oslobodenie od cvičenia na hodinách TV**

**Zákonný zástupca žiaka:**

Meno a priezvisko, titul:............................................................................................................................

Adresa trvalého bydliska:..........................................................................................................................

**Na základe priloženého odporučenia lekára žiadam riaditeľstvo CZŠ sv. Cyrila a Metoda v Seredi  o čiastočné oslobodenie od cvičenia na hodinách TSV v termíne od ............................do.............................**

 **pre môjho syna/ dcéru**

Meno a priezvisko dieťaťa:............................................................................Trieda:................................

Dátum narodenia:.....................................................................................................................................

V Seredi, dňa................................ .................................................

 podpis zákonného zástupcu