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

meno a priezvisko rodiča (zákonného zástupcu), alebo žiaka ak mal 18 rokov ulica a číslo, PSČ mesto

 Spojená škola de La Salle

 Čachtická 14

 831 06 Bratislava

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

 miesto, dátum

**Žiadosť o oslobodenie od povinnej telesnej výchovy**

 Žiadam o oslobodenie od povinnej telesnej výchovy pre

žiaka/žiačku menom ........................................................................ dátum narodenia...............................................................................

trieda: ............................................................................................. v školskom roku ..............................................................................

na základe priloženého odporučenia od lekára.

 S pozdravom

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

podpis rodiča

Vyjadrenie riaditeľky školy:

* súhlasím

* nesúhlasím(dôvod):