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

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):