Gymnázium Brno, Slovanské náměstí, příspěvková organizace

sídlo: Slovanské náměstí 1804/7, Královo Pole, 612 00 Brno

IČ: 005 59 016

(dále jen „Škola“)

k rukám ředitele Školy

V Brně, dne XX. srpna 2019

**Věc: žádost o uvolnění z tělesné výchovy**

Žádám o uvolnění svého syna /své dcery

Alžběty Hodné, narozené dne 01.01.2001, trvale bytem Poštovská 214/7, Staré Brno, 602 00 Brno, žáka/žákyně třídy 3:X Školy

o uvolnění z předmětu tělesná výchova, a sice na období: prvního pololetí školního roku 2019/2020 / druhého pololetí školního roku 2019/2020 / celého školního roku 2019/2020 *(****důležitá poznámka****: ředitel školy může rozhodnout o uvolnění z tělesné výchovy jen na tato tři období: 1) celé první pololetí nebo 2) celé druhé pololetí nebo 3) celý školní rok. Pokud žádáte na jakékoliv jiné období, je nutno požádat vyučujícího tělesné výchovy; popřípadě se předem informujte asistentky ředitele (email:* *sekretariat@gymnaslo.cz**, telefon:541 321 317, klapka 24)*

*(následující odstavec ponechejte pouze v případě, kdy syn/dcera má hodinu tělesné výchovy jako okrajovou a budete chtít žádat i o uvolnění z docházky do této okrajové hodiny)*

Dále žádáme (v souladu s článkem 21 odst. 3 školného řádu) – pokud je výuka tělesné výchovy první nebo poslední hodinu (tj. okrajovou hodinu) v rozvrhu hodin – o uvolnění **z docházky** do této (těchto) okrajových hodin tělesné výchovy. Souhlasím s tím, aby synovo/dceřino vyučování bylo ukončeno před zahájením výuky tělesné výchovy (v případě, kdy je tělesná výchova jako poslední hodina), či bylo zahájeno po ukončení hodiny tělesné výchovy (v případě, kdy je tělesná výchova jako první hodina) a přebírám jako zákonný zástupce syna za něj plnou odpovědnost.

Děkuji.

Bohuslava Hodná, zákonná zástupkyně dcery Alžběty Hodné¨

trvale bytem Poštovská 214/7, Staré Brno, 602 00 Brno

telefon: 777 111 777, e-mail: bohunka@seznam.cz

 **…………………………………………………………………….**

 podpis zákonného zástupce

**Odůvodnění žádosti lékařem (popř. je možno přiložit posudek):**

V Brně dne ………………………… Razítko a podpis lékaře: …………………………………………………..