**Ž Á D O S T**

o osvobození z TV ze zdravotních důvodů

|  |
| --- |
| Jméno příjmení:      |
| Datum narození:       | ID InSIS:       |
| Stupeň studia:  | Semestr studia:   |
| Adresa:  |       |
| Vyjádření lékaře:Doba trvání osvobození z TV: * od – do:
* na dobu celého studia:

Doporučuji: 1.) zdravotní tělesnou výchovu - ano - ne 2.) zdravotní plavání - ano - ne Datum: Podpis: Razítko: |

       ,

………………………... …………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ident předmětu** | **Název předmětu** | **Souhlas ředitele CTVS****(podpis, datum)** | **Zadání výsledku InISIS(datum)** | **Výsledek zadal (podpis)** |
| TVSOZ1  | Osvobození zdravotní z TV 1 |  |  |  |
| TVSOZ2 | Osvobození zdravotní z TV 2 |  |  |  |

místo, datum podpis