**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