\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa, telefónne číslo, e-mail*

 Základná škola

 M. R. Štefánika 910/51

 075 01 Trebišov

*Miesto, dátum*

**Vec: Žiadosť o oslobodenie z vyučovania telesnej a športovej výchovy**

Podpísaný............................................................................... (meno a priezvisko zákonného zástupcu) žiadam o oslobodenie z vyučovania telesnej a športovej výchovy môjho syna /mojej dcéry .................................................................................., žiaka/žiačky ..................... triedy, od ..................................... do .................................. zo zdravotných dôvodov.

V prílohe dokladám odporúčanie lekára.

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

 Podpis zákonného zástupcu