

Zákonný zástupca žiaka

Meno a priezvisko matky:
Bydlisko: Telefonický kontakt:
Meno a priezvisko otca :
Bydlisko: Telefonický kontakt:

Riaditeľstvo
ZŠ s MŠ Jozefa Ligoša
Chlebnice 134
027 55

ŽIADOSŤ O OSLOBODENIE OD POVINNEJ TELESNEJ VÝCHOVY

Týmto žiadam riaditeľstvo ZŠ s MŠ Chlebnice, Chlebnice 134, 027 55 Dlhá nad Oravou, o úplné/čiastočné* oslobodenie od povinnej telesnej výchovy môjho syna/dcéry*, žiaka/žiačky* triedy v termíne od do zo zdravotných dôvodov.

Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

S pozdravom

V Chlebniciach dňa

.....
podpis matky

V Chlebniciach dňa

.....
podpis otca

Príloha: odporúčanie lekára

* nehodiace sa prečiarknite

* Nehodiace sa prečiarknite