



ŽÁDOST O OSVOBOZENÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY (zdravotní důvody)

Příjmení, jméno _____

Ročník _____

Fakulta _____

Akademický rok _____

Studijní obor _____

Telefon _____

E-mail _____

Důvod osvobození a následující body doplní ošetřující lékař do přiložené lékařské zprávy

1. Doba trvání osvobození z TV /od-do /
2. Druh omezené pohybové aktivity
3. Doporučuji zdravotní tělesnou výchovu

Datum _____

Razítko a podpis lékaře _____