*(meno, priezvisko a adresa zákonného zástupcu žiaka/čky, resp. plnoletého žiaka/čky)*

SPŠE

Ing. Iveta Šafránková

riaditeľka

Hálova 16

851 01 Bratislava

|  |
| --- |
|  |

 *(miesto a dátum napísania žiadosti)*

**Žiadosť o oslobodenie od telesnej a športovej výchovy**

Vážená pani riaditeľka,

na základe odporúčania lekára Vás žiadam o oslobodenie od telesnej a športovej výchovy, z dôvodov uvedených v lekárskej správe, ktorá je prílohou tejto žiadosti.

**Meno a priezvisko žiaka:** ................................................

**Trieda:** ...................

**Forma oslobodenia:** úplná, resp. čiastočná *(nehodiace sa vymažte, resp. preškrtnite)*

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

**Príloha** ......................................................................

 *(podpis zákonného zástupcu, resp. plnoletého žiaka)*