(meno, priezvisko zákonného zástupcu, bydlisko, telefonický kontakt, mailový kontakt)

**Základná škola**

**Ul. 17. novembra 31**

**083 01 SABINOV**

**Žiadosť o preradenie na telesnú a športovú výchovu s úľavami podľa druhu oslabenia**

Meno a priezvisko ......................................................................... Trieda:................................

Dátum a miesto narodenia : ..................................................... Rodné číslo .............................

Trvalý pobyt : ..............................................................................................................................

Žiadam o úľavy v predmete telesná a športová výchova

od ................................ do ..............................

na základe odporúčania všeobecného lekára pre deti a dorast.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V Sabinove, dňa...................... ...................................................

 podpis zákonného zástupcu

Príloha

Odporúčanie všeobecného lekára pre deti a dorast.