

---

(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.