

FORM FOR EXCUSED PHYSICAL EDUCATION (ŽÁDOST O OSVOBOZENÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY)

NAME/JMÉNO: _____

Date of birth/ Datum narození: _____

Faculty: _____

Academic year: _____

Year of studies: _____

Field of study _____

Phone contact: _____

Email: _____

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 _____