

Žádost o úpravu činností, které může žák vykonávat s ohledem na svůj zdravotní stav při Tv.

Jméno a příjmení žáka.....

Datum narození

Bydliště.....

Třída

Vyjádření lékaře – doporučení.

Úplně na dobu oddo x

Částečně na dobu od do x

V.....dne.....

.....