**ZÁKLADNÍ ŠKOLA - Děčín VI Na Stráni 879/2 příspěvková organizace**

🖂 ***405 02 Na Stráni 879/2 Děčín VI*** 🕿 ***412537133 Fax: 412537133 E-mail:*** posta@zsnastrani.cz ***WWW: zsnastrani.cz***



**ČÁSTEČNÉ OMEZENÍ V TĚLESNÉ VÝCHOVĚ**

**Žák(yně)** : …………………………………………………………… **Datum narození :** …………………………….

**Třída :** ………………………

**Částečné omezení v tělesné výchově od** ………………………………… **do** ………………….……………..

**Částečné omezení v tělesné výchově se týká těchto činností nebo úkonů** :

………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

………………………………………………………………………………………………………………….….……………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Datum** : …………………… **Razítko a podpis lékaře**: