# 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení a jméno, titul: |  | Zapsaný sport: |  |
| Datum a místo narození: |  | Den a hodina výuky: |  |
| Osobní číslo studenta (ID): |  | Email: |  |
| Fakulta, ročník: |  | Telefonní kontakt: |  |

# **ŽÁDOST**

**o**

**zrušení volitelného předmětu Tělesná výchova**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Odůvodnění žádosti

Žádám o zrušení volitelného předmětu Tělesná výchova **ze zdravotních důvodů:**

* v zimním semestru akademického roku ……/…..
* v letním semestru akademického roku ……/…..

**Příloha: potvrzení / doporučení lékaře**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

datum podpis studenta

rozhodnutí ředitele CESA: