**Závazná přihláška k výuce ZDRAVOTNÍ TV**

Souhlasím, aby se můj syn / moje dcera ve školním roce 2015 / 16 zúčastnil preventivního a udržovacího cvičení v rámci zdravotní TV.

Jméno a příjmení žáka: ……………………………………………………………………………………………………….

Třída: ………………………………………………….

Diagnóza: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Telefonický kontakt zák. zástupce: ……………………………………………………………………………………..

Jméno a podpis zák. zástupce: …………………………………………………………………………………………….