

**Základní škola Ústí nad Labem, Stříbrnická 3031/4,
příspěvková organizace**

Tel.,fax: 472 772 622, e-mail : info@zsstribrnicka.cz

Web. stránky : www.zsstribrnicka.cz

Dle Metodického pokynu k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí a žáků ve školách a školských zařízeních zřizovaných Statutárním městem Ústí nad Labem, který vydala Rada města Ústí nad Labem dne 9.6.2006, je nutný souhlas lékaře k tomu, aby se žák mohl zúčastnit plaveckého výcviku.

Žádáme rodiče, aby předložili potvrzení lékaře do termínu zahájení plaveckého výcviku.

Jméno a příjmení žáka _____ , nar. _____

Bydliště : _____ .

Potvrzuji, že se žák/yně může zúčastnit školního plaveckého výcviku.

Datum _____

podpis a razítko lékaře

**Základní škola Ústí nad Labem, Stříbrnická 3031/4
příspěvková organizace**

Tel.,fax : 472 772 622, e-mail : info@zsstribrnicka.cz

Web. stránky : www.zsstribrnicka.cz

Dle Metodického pokynu k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí a žáků ve školách a školských zařízeních zřizovaných Statutárním městem Ústí nad Labem, který vydala Rada města Ústí nad Labem dne 9.6.2006, je nutný souhlas lékaře k tomu, aby se žák mohl zúčastnit plaveckého výcviku.

Žádáme rodiče, aby předložili potvrzení lékaře do termínu zahájení plaveckého výcviku.

Jméno a příjmení žáka _____ , nar. _____

Bydliště : _____ .

Potvrzuji, že se žák/yně může zúčastnit školního plaveckého výcviku.

Datum _____

podpis a razítko lékaře