

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 TV v zimním / letním semestru akademického roku
..... /..... **ze zdravotních důvodů:**

_____ datum

_____ podpis studenta

Vyjádření garanta sportu:

_____ datum

_____ podpis garanta

Rozhodnutí ředitele CESA:

_____ datum

_____ podpis ředitele