**Lékařské potvrzení**

Žák / žákyně ………………………………………………………………….

nar. …………………………………………….. třída ………………………….

je zdravotně způsobilý/á účastnit se ve školním roce 2017 /2018 v rámci tělesné výchovy

povinného **plaveckého výcviku** v rozsahu jedné vyučovací hodiny týdně.

V Praze dne ………………………….. Podpis lékaře ………………………………