

LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ

*(vydaný ve smyslu ustanovení vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 Sb.
o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, § 7 a 8), vyplní lékař*

Pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku:

Identifikační údaje posuzované osoby

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Obor vzdělání, třída:

Identifikační údaje poskytovatele zdravotnických služeb, jehož jménem posuzující

lékař posudek vydal:

Název poskytovatele (u fyzické osoby jméno a příjmení):

Identifikační číslo (IČ):

Adresa sídla/místa podnikání:

Posudkový závěr:

Změny zdravotního stavu posuzovaného žáka nemají vliv na studium jeho oboru.

Datum ukončení platnosti posudku:

Datum vydání lékařského posudku:

Jméno a příjmení lékaře, který posudek vydal, razítko poskytovatele:

Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách, návrh na jeho přezkoumání. Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z HODIN TĚLESNÉ VÝCHOVY

(nezletilý žák), vyplní zákonný zástupce žáka

Na základě lékařského posudku žádám o:

úplné uvolnění*

částečné uvolnění*

**nehodící se, škrtněte*

mé dcery/mého syna

jméno a příjmení

datum narození

třída

z hodin tělesné výchovy ve školním roce

podpis zákonného zástupce

podpis žáka

V dne