Střední škola zdravotnická a sociální Chrudim
Chrudim, Poděbradova 336, PSČ 537 01, IČO: 00498891
tel.: 461 353 277, www.szs.chrudim.cz

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA Z VÝUKY TĚLESNÉ VÝCHOVY

Jméno a příjmení žáka: ..... Datum Narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (v případě nezletilého žáka): .....

Bydliště: .....

Třída: .....Požadovaná doba uvolnění: .....

Datum: .....Podpis zákonného zástupce/zletilého žáka: .....

Evidenční číslo posudku: .....

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Název poskytovatele: .....IČ:.....

Adresa poskytovatele: .....

Účel (Důvod) Vydání Lékařského Posudku

Uvolnění žáka z vyučovacího předmětu tělesná výchova

Typ prohlídky: Mimořádná

Posudkový závěr:

posuzovaná osoba není zdravotně způsobilá pro období: .....

Poučení: proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Lhůta pro podání návrhu na přezkoumání počíná běžet prvním dnem následujícím po dni prokazatelného předání lékařského posudku. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěrů vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s omezením.

Datum vydání posudku: .....

Datum platnosti posudku:.....

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře,
Razítko poskytovatele zdravotních služeb

Posuzovaná osoba (zákonný zástupce) převzala lékařský posudek do vlastních rukou

Dne: .....

.....
Podpis posuzované osoby (zákonného zástupce)

Střední škola zdravotnická a sociální Chrudim
Chrudim, Poděbradova 336, PSČ 537 01, IČO: 00498891
tel.: 461 353 277, www.szs.chrudim.cz

ZAŘAZENÍ ŽÁKA DO VÝUKY ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY

Jméno a příjmení žáka: ..... Datum Narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (v případě nezletilého žáka): .....

Bydliště: .....

Třída: .....Požadovaná doba zařazení: .....

Datum: .....Podpis zákonného zástupce/zletilého žáka: .....

Na základě vyjádření lékaře žádám o zařazení žáka do výuky zdravotní tělesné výchovy na výše požadovanou dobu.

Druh oslabení:

Nevhodná cvičení a činnosti:

.....
Jméno, příjmení a podpis lékaře,
Razítko poskytovatele zdravotních služeb