

# Základní škola, Teplice, U Nových lázní 1102

tel.: 417 537 800

e-mail: sekretariat@zslazne.cz

## ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z HODIN TĚLESNÉ VÝCHOVY ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Jméno a příjmení žáka/yně/.....

Datum narození žáka/yně/.....

Bydliště žáka/yně/.....

Důvod žádosti.....

K žádosti je nutné doložit posudek vydaný registrujícím lékařem. (Posudek o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu)

### Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Adresa a telefon:

Podpis zákonného zástupce:

Žádost převzal:

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ A SPORTU**  
(v souladu s vyhláškou 391/2013 Sb. a vyhláškou č.98/2012 Sb.)

Evidenční číslo posudku:

**1. Identifikační údaje:**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

**2. Účel vydání posudku:**

Zdravotní způsobilost k výkonnostnímu sportu\*)

Zdravotní způsobilost ke sportovní akci\*)

Zdravotní způsobilost k předmětu tělesná výchova ke sportovní disciplíně\*)

**3. Posudkový závěr**

Posuzované dítě

a) je zdravotně způsobilé\*)

b) není zdravotně způsobilé\*)

c) je zdravotně způsobilé s omezením\*) \*\*).....

Posudek je platný 12měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Poznámka:

\*) Nehodící se škrtněte.

\*\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

**4. Poučení:**

Proti bodu 3.části tohoto posudku lze podle § 46 odst.1 zákona 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. 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 nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

**5. Oprávněná osoba:**

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovní, pěstoun, popř.další příbuzný dítěte:

Oprávněná osoba převzala posudek do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby:

Datum vydání posudku

Jméno, příjmení a podpis lékaře  
razítko poskytovatele zdravotních služeb