Ředitel

Střední odborné školy, Frýdek-Místek,

příspěvková organizace

Lískovecká 2089

738 01 Frýdek-Místek

**Žádost o uvolnění z předmětu tělesná výchova**

(podle odst. 2, § 50, zákona č. 561/2004 Sb. v platném znění)

Jméno a příjmení žáka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt: telefon ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(v případě nezletilého žáka zákonný zástupce)

Žádám o uvolnění z předmětu tělesná výchova na období \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Přílohou žádosti je Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově ze dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis žadatele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(u nezletilého žáka)*

Jméno, příjmení a adresa zákonného zástupce

(*nezletilých uchazečů, čitelně-pro poštovní styk*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjádření ředitele Střední odborné školy, Frýdek-Místek:**

**souhlasím - nesouhlasím**

Dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razítko a podpis ředitele školy

Poznámka:

Přílohou žádosti je Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově, který může vydat pouze registrující lékař.

**ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ**

*V souladu se zákony č. 561/2004 Sb., školský zákon, č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a vyhláškou č. 391/2013 Sb., vyhláška o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, zákon, všechny v platném znění.*

Žádám o provedení jednorázové lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k předmětu tělesná výchova.

**Posuzovaná osoba:**

Příjmení a jméno: …………………………………………………………………………………

Datum narození: …………………………………………………………………………………

Trvalé bydliště: …………………………………………………………………………………..

V ……………………………………., dne ………………………………….

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ**

**Na základě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba**

☐ Zdravotně způsobilá evidenční číslo 

☐ Zdravotně nezpůsobilá

☐ Zdravotně způsobilá s podmínkou

………………………………………………………………………………

Doba platnosti posudku: …………………………………………………………………………………………………………

Datum vydání posudku: ……………………………………………

…………………………………………

Podpis a razítko lékaře

**Poučení:**

Proti tomuto lékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne, kdy byl posuzované osobě předán. Návrh se podává písemně výše uvedenému lékaři.

Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá či zdravotně způsobilá s podmínkou.

**Posuzovaná osoba/zákonný zástupce převzal lékařský posudek do vlastních rukou**

V ……………………., dne ………………………………… …………………………………………

podpis