Žádost o uvolnění žáka z vyučování předmětu tělesná výchova

(dle § 50 odst. 2 zákona 561/2004 Sb. v platném znění)

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: _____

Adresa: _____

žáka/žákyně

Jméno a příjmení: _____

Třída: _____

Na základě písemného doporučení registrujícího nebo odborného lékaře (viz níže) žádám o uvolnění z vyučování

předmětu tělesná výchova od _____ do _____.

- ☐ Během činností, kterých se žák nemůže zúčastnit, bude přítomen ve výuce tělesné výchovy a bude zaměstnáván vyučujícím pomocnými činnostmi.
- ☐ Vzhledem k tomu, že tělesná výchova je zařazena na první (poslední) vyučovací hodinu, žádám o uvolnění z tohoto vyučovacího předmětu zcela, bez povinnosti docházet v této době do školy.

V _____ dne _____ _____

podpis zákonného zástupce

Vyjádření lékaře/lékařky:

Pro výše uvedeného žáka a období doporučuji:

- ☐ **úplné osvobození** od tělesné výchovy
- ☐ **částečné osvobození** od tělesné výchovy - pohybové aktivity s vynecháním
  - ☐ závodění a cviků vyžadujících větší srdeční námahu
  - ☐ běhů (více než _____m)
  - ☐ skoků, doskoků
  - ☐ zdvihání břemen
  - ☐ cviků zvyšujících nitrolební tlak
  - ☐ cviků ohrožujících dítě nebezpečím úrazů
  - ☐ plavání
  - ☐ jiné _____

V _____ dne _____ _____

podpis lékaře/lékařky

Vyjádření ředitele/ředitelky školy:

Na základě písemného doporučení registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře uvolňuji podle ustanovení § 50 odst. 2 zákona 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění, jmenovaného žáka zcela (zčásti) z výuky tělesné výchovy.
Uvolnění je omezeno na dobu a za podmínek uvedených výše.

V _____ dne _____ _____

podpis ředitele/ky školy

Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově podle § 42 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Evidenční číslo posudku:

Druh prohlídky: jednorázová

Důvod k provedení prohlídky: uvolnění z předmětu tělesná výchova

Identifikační údaje posuzované osoby

Jméno, případně jména, a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu: (místo pobytu na území ČR, jde-li o cizince)

Identifikační údaje poskytovatele

Jméno, případně jména, a příjmení:

Adresa místa poskytovatele:

IČO:

Posudkový závěr:

Posuzovaná osoba:
a) je zdravotně způsobilá
b) je zdravotně způsobilá s podmínkou
c) je zdravotně nezpůsobilá

Doba platnosti lékařského posudku:

Datum vydání lékařského posudku:

Jméno, případně jména, příjmení a podpis posuzujícího lékaře:

Poučení: Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zák. 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, který posudek vydal. Návrh se podává písemně poskytovateli, který lékařský 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, pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost nebo je zdravotně způsobilá s podmínkou, která je stanovena poprvé. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát, a to písemným prohlášením o vzdání se práva na přezkoumání lékařského posudku či ústním sdělením o vzdání se tohoto práva, o kterém se sepíše záznam do zdravotnické dokumentace a stvrdí se podpisy.

Převzal dne podpis posuzované osoby/zákonného zástupce