 **TRIVIS – Střední škola veřejnoprávní**

 **Ústí nad Labem, s.r.o.**

##  Máchova 1376 / 3, 400 03 Ústí nad Labem

Škola je zapsána v obchodním rejstříku vedeném *tel / fax : 472 777 094, mobil : 724 829 246*

Krajským soudem v Ústí nad Labem, *e-mail : usti@trivis.cz*

oddíl C, vložka 12884. IČO: 251 0 9 189 IZO: 110 018 095

**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ ŽÁKA/ŽÁKYNĚ Z VÝUKY PŘEDMĚTU**

**TĚLESNÁ VÝCHOVA**

**!!! Musí být přiložen posudek registrujícího lékaře !!!**

 Ve smyslu ustanovení zákona č. 561/2004 Sb. Školský zákon § 50 odst. 2, ředitelka školy může ze zdravotních nebo jiných závažných důvodů uvolnit žáka/žákyni na žádost zákonného zástupce zcela nebo zčásti z vyučování předmětu; zároveň určí náhradní způsob vzdělávání žáka/žákyně v době vyučování tohoto předmětu. V předmětu tělesná výchova ředitelka školy uvolní žáka/žákyni z vyučování na základě posudku vydaného registrujícím lékařem.

Jméno a příjmení žáka/žákyně: ………………………………………………………………………..…………………….……….

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

Školní rok: ………………………… Třída: ………………….…………..

Bydliště (ulice, PSČ, obec): .....…………………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ………………………………………………………………………….……...……….

Žádá o uvolnění z důvodu: ....……………………………………………………………………………………….………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

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

.……………………………………………………….. ………………………………………………………

 Podpis žáka/žákyně Podpis zákonného zástupce

**Ředitelka školy uvolnění povoluje na základě lékařského potvrzení (viz zadní strana dokumentu).**

 Během činností, kterých se žák/žákyně na základě písemného posudku lékaře nemůže účastnit, bude přítomen/a ve výuce tělesné výchovy a bude pověřen/a vyučujícím pomocnými činnostmi.

V Ústí nad Labem dne …………………………..… ……..…………………………………………………….

 Mgr. Ivana Černá

 ředitelka školy TRIVIS – SŠV ÚL, s.r.o.

**Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k předmětu tělesná výchova**

Evidenční číslo posudku: ......................................... Identifikační číslo: ............................................................

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský posudek: ............................................................

..............................................................................................................................................................................

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele: .............................................................................................

..............................................................................................................................................................................

Jméno a příjmení posuzované osoby: .................................................................................................................

Datum narození: ..................................................................................................................................................

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

..............................................................................................................................................................................

**Účel (důvod) vydání lékařského posudku:**

K předmětu tělesná výchova za účelem uvolnění žáka/žákyně z vyučování tohoto předmětu.

**Posudkový závěr:**

Posuzovaná osoba

1. je zdravotně způsobilá
2. není zdravotně způsobilá – žádá o úplné uvolnění z tělesné výchovy a sebeobrany
3. je zdravotně způsobilá s omezením – žádá o částečné uvolnění; např. zákaz skoků, doskoků,

otřesů, cvičení na nářadí, dlouhé pochody, dlouhé běhy, zvedání těžkých předmětů,

dlouhodobá zátěž, posilovací cviky na svalové nebo na určité partie těla, časově limitované

vytrvalostní cviky apod.; ………………………………………………………………………………………………………….………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Doba platnosti posudku**: od – do .......................................................................................................................

*Poučení:* Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, poskytovateli 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 omezením.

|  |  |
| --- | --- |
| .............................................................  |  ............................................................................  |
|  Datum vydání lékařského posudku  |  Jméno, příjmení a podpis lékaře  |
|    |  Razítko poskytovatele zdravotních služeb  |
| .............................................................  |   …............................................................................  |
|  Datum převzetí lékařského posudku  |  Podpis posuzované osoby/zákonného zástupce  |
|   |  |
| \*) Nehodící se škrtněte |  |
|  |  |