

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku:

Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vydal:

Název poskytovatele:

Adresa sídla nebo místa podnikání poskytovatele:

IČO:

Razítko:

Identifikační údaje lékaře, který posudek jménem poskytovatele vydal:

(lékař je registrujícím lékařem žáka)

Jméno (popřípadě jména) a příjmení, titul:

.....

Identifikační údaje posuzované osoby:

Jméno (popřípadě jména) a příjmení posuzované osoby:

.....

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

.....

Účel vydání lékařského posudku:

K žádosti zákonného zástupce o uvolnění žáka podle §67, odstavce 2, zákona č. 561/2004 Sb. zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) z části nebo zcela z vyučování předmětu tělesná výchova.

Posudkový závěr (nehodící se škrtněte):

Posuzovaná osoba a) je zdravotně způsobilá pro aktivní účast v předmětu tělesná výchova

b) je zdravotně nezpůsobilá pro aktivní účast v předmětu tělesná výchova

c) je zdravotně způsobilá s podmínkou^{*)}

.....

.....

d) pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost

Datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.¹⁾

.....

Poučení:

Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, lze do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, 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 závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.

.....
Datum vydání lékařského posudku

.....
**Jméno, příjmení a podpis lékaře,
 razítko poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího lékařský
 posudek**

Posuzovaná osoba/zákonný zástupce převzal/a lékařský posudek do vlastních rukou (povinný údaj):

dne:

.....
**podpis posuzované osoby/ zákonného
 zástupce**

*) Bylo – li zjištěno, že posuzovaná osoba je zdravotně způsobilá s podmínkou, uvede se podmínka podmiňující zdravotní způsobilost k účasti v tělesné výchově.

**) Datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěné zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost.