**Žádost o uvolnění žáka z tělesné výchovy**

dle § 67 odst. 2 zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění

**Střední škola zahradnická a zemědělská Antonína Emanuela Komerse, Děčín – Libverda, p. o.**

Českolipská 123, 405 02 Děčín XXVII, tel. 412 524 692

**(vyplňte všechny údaje v žádosti hůlkovým písmem)**

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

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

Třída:………………………………. Studijní obor:…………………………………………………………………………………………….

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

Zdravotní pojišťovna:…………………………………………………………………………..Kód:……………………………………….

Příjmení a jméno zákonného zástupce:……………………………………………………………………………………………….

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

Telefon zákonného zástupce:………………………………………………………………………………………………………………

**Posudek o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově**

Dle § 51 odst. 4 písm. a) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

**Vyplní registrující lékař pro dítě a dorost**

Posouzení žáka k účasti na hodinách tělesné výchovy

(\*nehodící škrtněte)

**a) žák je zdravotně způsobilý**\*

**b) žák není zdravotně způsobilý**\*

v 1. pololetí školního roku2022/2023

ve 2. pololetí školního roku 2022/2023

v celém školním roce 2022/2023

**c) žák je zdravotně způsobilý za podmínky/ s omezením** (na volné řádky specifikujte)\*

v 1. pololetí školního roku2022/2023

ve 2. pololetí školního roku 2022/2023

v celém školním roce 2022/2023

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

V ………………………………………….. Dne:……………………………………………….

………………………………………………………………………………….

Podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení

Posudek o zdravotní způsobilosti k TEV převzal:

V ……………………………………………………. Dne: …………………………………………………..

Podpis zákonného zástupce nebo zletilého žáka………………………………………………………………………..

**Prohlášení zletilých žáků nebo zákonných zástupců nezletilých žáků:**

Beru na vědomí, že bude-li předmět TEV nasazen v rozvrhu první nebo poslední 2 vyučovací hodiny v daném dni, nebude v těchto hodinách žák ve výuce přítomen. Výuka bude pro žáka začínat následující hodinu po hodině TEV nebo končit poslední hodinu před hodinou TEV. Pokud hodiny TEV jsou v rozvrhu zařazeny uprostřed vyučování, je žák povinen setrvat na místě určeném ředitelem školy v rozhodnutí a respektovat ustanovení školního řádu. Pokud byl žák z předmětu TEV zcela uvolněn, nebude hodnocen.

Výše uvedené údaje jsou pravdivé. Při změně zdravotního stavu našeho dítěte (u nezletilého žáka) nebo mého (u zletilého žáka) požádám o vystavení nového posudku o zdravotní způsobilosti. Tuto skutečnost oznámím bezodkladně vedení školy.

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

Jméno a příjmení zákonného zástupce podpis zákonného zástupce nebo zletilého žáka

u nezletilého žáka

V ……………………………………………………….. Dne: ………………………………………………………………………

**Poučení**

Proti 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 lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá či zdravotně způsobilá s podmínkou.