

Žádost o vystavení posudku o zdravotní způsobilosti v tělesné výchově

doplň škola č.j.

Posudek o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově evidenční číslo

Jméno a příjmení klienta/žáka:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Datum zdravotní prohlídky:

Posuzovaný klient/žák:

- a) je zdravotně způsobilý *)
- b) není zdravotně způsobilý *)
- c) je zdravotně způsobilý za podmínky (s omezením) *)
- d) pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost *)

Posudek je platný 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby
nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Posudek vydal/la:

.....
Razítko zdravotnického zařízení a podpis lékaře

Datum vydání posudku:

Proti tomuto posudku lze ve lhůtě do 10 pracovních dnů od jeho prokazatelného předání podat návrh
na přezkoumání poskytovateli, který jej vydal. Potvrzení o prokazatelném předání posudku:

Převzal

datum a podpis posuzovaného klienta/zákonného zástupce žáka

*) Nehodící se škrtněte