**ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ**

*v souladu se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb. a vyhláškou 391/2013 Sb.*

Žádám o provedení jednorázové lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k předmětu tělesná výchova.

**Posuzovaná osoba:**

**Jméno a příjmení: Narozen/a dne:**

**Trvalý pobyt:**

**V** **Havířově dne:** podpis zákonného zástupce nebo

 zletilé posuzované osoby

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ**

 **evidenční číslo posudku**

**Na základě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba:**

* **zdravotně způsobilá**
* **zdravotně způsobilá s podmínkou** ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **zdravotně nezpůsobilá**

**Lékařský posudek je platný do:**

**Poučení:**

Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti za to, že lékařský posudek je nesprávný, může podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, 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 posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

Datum vystavení lékařského posudku:

Posuzovaná osoba lékařský posudek převzala dne:

Podpis zákonného zástupce posuzované osoby:

Posuzující lékař:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jméno a příjmení razítko a podpis

Sídlo poskytovatele: