Vážení rodiče, vážení studenti,

prosíme Vás o spolupráci. Ze zákona jsme povinni každý rok aktualizovat informaci o zdravotní způsobilosti studentů a se začátkem školního roku řešit žádosti o uvolnění studentů z hodin tělesné výchovy či jejich zařazení do zdravotní TV. Pokud je student zdráv a bez jakéhokoliv omezení, stačí nám vyjádření zák. zástupce. Pokud má student zdravotní postižení či zdravotní znevýhodnění (v souladu s § 16 zákona 561/2004 Sb. v platném znění), které by vyžadovalo speciální vzdělávací potřeby či dohled, a stále trvá, prosíme o vyjádření lékaře.

Těšíme se na aktivní spolupráci a děkujeme za urychlené vyřízení žádosti.

S pozdravem

vedení školy

**Vyjádření ke zdravotní způsobilosti**

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

Jméno a příjmení Třída

Prosím, označte jednu z možností:

☐ je **způsobilý(á)** k tělesné výchově **bez omezení** (stačí podpis zák. zástupce)\*

☐ je **způsobilý(á)** k tělesné výchově **s omezením** (lékař specifikuje níže)

☐ má být **úplně uvolněn(a)**  z tělesné výchovy (potvrzení lékaře nutné)

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

Datum Podpis zák. zástupce  
  
\* případné další skutečnosti, které by měl vědět vyučující TV (vyjádření zákonného zástupce):

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

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

**Vyjádření lékaře**:  
Kontraindikované činnosti

☐ Plavání a vodní sporty

☐ Lyžování, bruslení a jiné zimní sporty

☐ Pohyb ve výšce nad 1,5 m

☐ Skoky a přeskoky

☐ Kontaktní sporty a míčové hry

☐ Nošení a zdvihání břemen

☐ Dlouhé běhy

☐ Sprinty a rychlostní disciplíny

☐ Gymnastika, sporty vyžadující rovnováhu

☐ Sporty kladoucí nároky na pružnost páteře a svalovou koordinaci

☐ Turistika, výlety, pobyt v přírodě

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

Datum **Razítko a podpis lékaře**