Gymnázium Fostra International, s.r.o.
Roháčova 1148/63 130 00
Praha 3 - Žižkov

ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z TĚLESNÉ VÝCHOVY

Jméno a příjmení studenta		Jméno a příjmení zákonného zástupce	

Třída		Třídní učitel		Školní rok	/

Žádám o uvolnění z předmětu tělesná výchova (zakroužkujte)	ČÁSTEČNÉ	ÚPLNÉ

Požadovaná doba uvolnění	od		do	

O uvolnění jmenovaného žáka/žákyně z výuky tělesné výchovy žádám podle § 67 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, na základě písemného posudku registrujícího praktického lékaře nebo odborného lékaře, který je přílohou této žádosti.

V případě úplného uvolnění z tělesné výchovy může žák/žákyně po dobu výuky opustit hodinu TV, přičemž zodpovědnost za něj/ni po tuto dobu přebírá zákonný zástupce. V případě zletilého žáka, zodpovědnost přebírá žák/žákyně.

V Praze dne _____

_____
Podpis zákonného zástupce/ zletilého žáka

Vyjádření ředitelky školy	**SCHVALUJI – ZAMÍTÁM**	Podpis	

V Praze dne _____

Číslo jednací: _____ Počet listů příloh: _____ Přijato dne:_____

Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ registrujícím lékařem
(v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.)

Jméno a příjmení posuzované osoby:_____ Evidenční číslo posudku:_____

Datum narození:_____Adresa trvalého pobytu:_____

_____

Poskytovatel zdravotních služeb vydávající posudek: _____

Nazákladě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba:

- ☐ zdravotně způsobilá
- ☐ zdravotně nezpůsobilá
- ☐ zdravotně způsobilá s podmínkou (podmínky viz dále)

Lze doporučit vhodný typ TV:

- ☐ Inkluzivní TV (společná s ostatními spolužáky) – s nezbytnými úpravami obsahu a podmínek dle doporučených pohybových aktivit
- ☐ Zdravotní a aplikovaná TV – individualizovaná výuka s účastí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
- ☐ Rehabilitační a zdravotní/léčebná TV – individuální zdravotně orientovaná cvičení realizovaná specializovaným speciálním pedagogem nebo fyzioterapeutem

Datum ukončení platnosti posudku (posudek se vystavuje na dobu):

Datum vydání lékařského posudku:

Jméno lékaře:

Podpis a razítko lékaře:

Podpis žadatele – potvrzení o převzetí posudku:

Má-li posuzovaná osoba nebo zákonný zástupce za to, že je lékařský posudek nesprávný, může podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., 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 který byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Práva na podání návrhu na přezkoumání je možné se vzdát na základě § 43 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách + vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, příloha č. 1, část 5).

V seznamu činností označte činnosti, které jsou u posuzované osoby ze zdravotních důvodů kontraindikované (v případě potřeby možno specifikovat v komentáři):

- ☐ Plavání a vodní sporty
- ☐ Lyžování a podobné zimní sporty (snowboard či jejich adaptované varianty, bruslení, atp.)
- ☐ Pohyb ve výšce nad 1,50 m (lezení a šplhání na žebřinách, tyči, lanu či přírodních překážkách).
- ☐ Skoky (výskoky, seskoky, doskoky, přeskoky)
- ☐ Kontaktní sporty a hry s rizikem srážky či pádu a míčové hry
- ☐ Nošení břemen (např. běžné náčiní a nářadí), zdvihání břemen
- ☐ Dlouhé běhy
- ☐ Sprinty a rychlostní disciplíny
- ☐ Sporty vyžadující rovnováhu a orientaci v prostoru (např. gymnastika, atp.)
- ☐ Sporty kladoucí nároky na pružnost (např. páteře), sílu a svalovou koordinaci
- ☐ Výlety, pobyt v přírodě, turistika

Další kontraindikace či podmínky pro realizaci pohybových aktivit:

_____

_____

_____

Gymnázium Fostra International, s.r.o.
Roháčova 1148/63 130 00
Praha 3 - Žižkov

APPLICATION FOR PARTIAL / TOTAL EXEMPTION FROM PHYSICAL EDUCATION

Student's First Name and Surname		Legal Guardian's First and Last Name:	

Class		Class Teacher		School Year	/

I hereby apply for an exemption from the subject of Physical Education (please circle):	PARTIAL	TOTAL

Requested Period of Exemption:	From		To	

I apply for the exemption of the aforementioned student from Physical Education classes in accordance with Section 67, Paragraph 2 of Act No. 561/2004 Coll., on Pre-school, Basic, Secondary, Tertiary Professional and Other Education (the Education Act), as amended, based on a written medical assessment issued by the registering general practitioner or a specialist, which is attached to this application

In the case of a total exemption from Physical Education, the student may leave the PE lesson during instruction time, whereby the legal guardian assumes full responsibility for the student for this duration. In the case of an adult student, the student assumes full responsibility.

In _____ on _____

_____
Signature of the Legal Guardian / Adult Student:

Statement of the School Principal	**APPROVED – DENIED**	Signature	

In _____ on _____

Reference Number: _____ Number of Attachments: _____ Date Received: _____

This is an English translation of the Czech application. The content of both is identical.

Request for Assessment of Medical Fitness for Physical Education and Physical Activities Organised by Nursery, Primary, Secondary and Higher Vocational Schools, by a Registering Physician (in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, No. 10/2010 Coll. of International Treaties, and Acts No. 561/2004 Coll. and No. 373/2011 Coll., and Decree No. 391/2013 Coll.)

Name and surname of the assessed person:_____
Medical assessment report registration number:_____

Date of birth:_____ Permanent address:_____

Healthcare provider issuing the assessment report: _____

On the basis of the results of the medical examination, the assessed person is:

- ☐ medically fit
- ☐ medically unfit
- ☐ medically fit with conditions (see conditions below)

A suitable type of physical education (PE) can be recommended:

- ☐ Inclusive PE (together with classmates) – with necessary adjustments to the content and conditions in line with the recommended physical activities
- ☐ Health and Adapted PE – individualised instruction involving pupils with special educational needs
- ☐ Rehabilitation and Health/Therapeutic PE – individual health-oriented exercises delivered by a specialised special education teacher or a physiotherapist

Date of issue of the medical assessment report:

Date of expiry of the medical assessment report (the report is issued for the period of):

Physician's name:

Physician's signature and stamp:

Applicant's signature – confirmation of receipt of the assessment report:

If the assessed person or their legal representative believes that the medical assessment report is incorrect, they may, pursuant to Section 46(1) of Act No. 373/2011 Coll., file a motion for its review with the provider who issued the report within 10 working days of its verifiable delivery. A motion for review of the medical assessment report does not have suspensive effect if its conclusion states that the assessed person is medically unfit, or medically fit with conditions, for the purpose for which they were assessed. The right to file a motion for review may be waived pursuant to Section 43(3) of Act No. 373/2011 Coll., on Specific Health Services, and Decree No. 98/2012 Coll., on Medical Documentation, Annex 1, Part 5.

This is an English translation of the Czech application. The content of both is identical.

V seznamu činností označte činnosti, které jsou u posuzované osoby ze zdravotních důvodů kontraindikované (v případě potřeby možno specifikovat v komentáři):

- ☐ Swimming and water sports
- ☐ Skiing and similar winter sports (snowboarding or adapted variants thereof, ice skating, etc.)
- ☐ Movement at heights above 1.5 m (climbing and scrambling on wall bars, poles, ropes or natural obstacles)
- ☐ Jumping (jumping up, jumping down, landing, vaulting)
- ☐ Contact sports and games with a risk of collision or falling, and ball games
- ☐ Carrying loads (e.g. common equipment and apparatus), lifting loads
- ☐ Long-distance running
- ☐ Sprints and speed disciplines
- ☐ Sports requiring balance and spatial orientation (e.g. gymnastics, etc.)
- ☐ Sports placing demands on flexibility (e.g. of the spine), strength and muscle coordination
- ☐ Trips, outdoor stays, hiking

Other contraindications or conditions for carrying out physical activities:

_____

_____

_____

This is an English translation of the Czech application. The content of both is identical.