|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání nebo v průběhu vzdělávání** | | | | | | | | | | |
| dle vyhl. MZ č. 98/2012 Sb. a vyhl. MZ č. 79/2013 Sb., včetně „žádosti“ | | | | | | | | | | |
| 1. **Účel vydání posudku:** lékařská prohlídka, posouzení zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti žáka / studenta ke vzdělávání nebo v průběhu vzdělávání | | | | | | | | | | |
| 1. **Druh prohlídky**\* | uchazeče o vzdělávání | | | | při změně zdravotního stavu | | před zařazením do praktického vyučování / přípravy | | | periodická |
| 1. **Identifikační údaje školy** | | | | | | IČ: **00845299** | | | | |
| název školy (dle zřizovací listiny): **Střední škola technická, Opava, Kolofíkovo nábřeží 51, p. o.**    příspěvková organizace  příspěvková organizace  popř. razítko | | | | | | | | | | |
| sídlo (adresa) školy: Kolofíkovo nábřeží 1062/51, Opava, 747 05 | | | | | | | | | | |
| 1. **Identifikační údaje zřizovatele školy** | | | | | | IČ: 70890692 | | | | |
| název (stát/kraj/obec): Moravskoslezský kraj | | | | | | | | | | |
| sídlo (adresa) 28. října 117, 702 18 Ostrava | | | | | | | | | | |
| 1. **Identifikační údaje žáka / studenta** | | | | | |  | | | | |
| **jméno, příjmení:** | | |  | | | | | **datum narození:** | | |
| **adresa trvalého pobytu:** | | | |  | | | | **PSČ:** | | |
| 1. **Požadavek na zdravotní způsobilost ke vzdělání podle § 60 odst. 5 školského zákona**   **(zákon č. 561/2004 Sb.) -** Zdravotní omezení dle nařízení vlády č. 211/2010 Sb. | | | | | | | | | | |
| **obor:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Posudkový závěr** | | posuzovaný žák / student: | | | | | | | | |
| je zdravotně způsobilý\* | | | | | | | | | | |
| je zdravotně způsobilý s podmínkou\*: | | | | | | | | | | |
| je zdravotně nezpůsobilý\* | | | | | | | | | | |
| pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost\* | | | | | | | | | | |
| 1. **Datum vydání lékařského posudku** | | | | | |  | | | | |
| 1. **Termín provedení další lékařské prohlídky (je-li důvod):** | | | | | | | | | | |
| 1. **Poskytovatel, který vydal lékařský posudek** IČ: | | | | | | | | | | |
| název: | | | | | | | | | razítko  poskytovatele | |
| adresa sídla/místa podnikání: | | | | | | | | |
| …………………………………………. | | | | | | …………………………………………. | | | | |
| jméno a příjmení posuzujícího lékaře | | | | | | podpis posuzujícího lékaře | | | | |
| 1. **Poučení:** Proti tomuto lékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách, návrh na jeho přezkoumání. Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může 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 posuzována, zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost. | | | | | | | | | | |
| 1. **Prokazatelné předání lékařského posudku:** | | | | | | | | | | |
| Převzal dne: ………………………………………………..…..podpis posuzovaného žáka …………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |