**LÉKAŘSKÝ POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO LÉKAŘE**

**k uvolnění žáka z tělesné výchovy**

**(dle zákona 561/2004 v platném znění, § 50, odst. 2)**

Jméno a příjmení žáka …………………………………………………………

Datum narození …………………………………………………………………

Adresa trvalého pobytu ………………………………………………………...

Účel vydání posudku: Uvolnění žáka z tělesné výchovy

vyberte jednu variantu

a) na celé 1. pololetí školního roku ……………………..

b) na celé 2. pololetí školního roku ……………………..

c) na celý školní rok ……………….……………………..

d) na dobu určitou (od – do nebo počet měsíců od data vydání posudku)

 ……….……..……………………..

Identifikační údaje zařízení, jehož jménem lékař posudek vydává

Adresa

IČO

Jméno a příjmení lékaře, který posudek vydal ………………………………

Datum vydání posudku ………………………………………………………...

Podpis lékaře a razítko