

## Potvrzení

Žák:.....narozen:.....

Bydliště:.....třída:.....

Ve smyslu §3 odst.1 vyhl. MŠMT ČR č. 354/1991 Sb. v platném znění O středních školách a směrnici č.3 MZ ČR ze dne 24.2.1981 O péči a zdraví při provádění tělesné výchovy a metodického pokynu MZČR OZP/3-2542 ze dne 6.11.1995 K postupu praktických lékařů pro děti a dorost, při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově na základních a středních školách,

### doporučuji

řediteli školy uvolnit výše uvedeného žáka/žákyni z výuky povinné tělesné výchovy na dobu

od:.....do:.....

**1. Zcela**

**2. Částečně**

podle druhu oslabení:.....

.....

.....

s doporučením omezení těchto cvičení:

.....

**3. Zařadit do zvláštní tělesné výchovy**

Současně potvrzuji, že zdravotní stav žáka (žákyně) nadále umožňuje plně vykonávat všechny činnosti spojené s požadavky na výše uvedený učební (studijní) obor střední školy.

ANO – NE

\_\_\_\_\_  
datum vystavení

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis obvodního lékaře

Poznámky obvodního lékaře: