

Střední škola obchodní a Vyšší odborná škola,  
České Budějovice, Husova 9  
370 01 České Budějovice

V Českých Budějovicích dne .....

**Vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu**

(podle § 18 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, dle § 5 odst. 1, 2 vyhlášky č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři, v platném znění.

Jméno a příjmení žáka	
Datum narození	
Současný obor vzdělání (kód, název oboru)	
Forma vzdělávání (denní, dálková)	
Ročník	
Období (I. pololetí, II. pololetí)	
Důvod žádosti**)	ze zdravotních důvodů

\*\*) Součástí bude vyjádření registrujícího lékaře

Jméno žadatele (zákonného zástupce nezletilého žáka/zletilého žáka\*).....

\*nehodící se škrtněte

.....  
Podpis žadatele

Souhlas nezletilého žáka

.....  
Podpis nezletilého žáka

Vyjádření třídního učitele:

Datum:	Podpis :
--------	----------

**Evidenční číslo posudku:**

Posudek registrujícího lékaře na základě jednorázové lékařské prohlídky pro účely posouzení zdravotní způsobilosti na základě zhodnocení zdravotní náročnosti pro vzdělávání v souladu se zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (v platném znění).

Posuzovaný (á) je pro vzdělávání

- zdravotně způsobilý(á)
- zdravotně způsobilý(á) s výjimkou
- zdravotně nezpůsobilý(á)

Doporučuji/Nedoporučuji: vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu

Důvod:

Doba platnosti posudku – min. pololetí školního roku  
(je dána § 44 a násl. zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách)

**Poučení**

Proti tomuto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických služeb, 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 nebo zdravotní způsobilá s podmínkou.

**Identifikační údaje**

**Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek:**

.....  
Adresa:

.....

IČ: .....

Datum:

Razítko a podpis lékaře