



**STŘEDNÍ ŠKOLA
STAVEBNÍCH ŘEMESEL
BRNO-BOSONOHY,
příspěvková organizace**

ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU KE VZDĚLÁVÁNÍ

ŽÁK – UCHAZEČ O VZDĚLÁVÁNÍ (jméno, příjmení) :			
Adresa trvalého bydliště:		Zdravotní pojišťovna:	
		Rodné číslo:	
		Datum narození:	

Druh studia (uvést přesný kód a název oboru vzdělávání, studia):	
Stručný popis pracovní činnosti:	
Vyhláška č. 436/2017 Sb. § 6	

DRUH LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

Lékařská prohlídka ke zjištění zdravotního stavu ke vzdělávání

V:	Brně	Dne:		Ing. Karolína Klapalová, studijní referent
----	------	------	--	--

podpis

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

VÝŠE UVEDENÝ UCHAZEČ - ŽÁK JE PRO UVEDENOU ČINNOST (správnou variantu označit křížkem):

A. ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÝ

B. ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÝ PODMÍNĚNĚ

C. ZDRAVOTNĚ NEZPŮSOBILÝ V DŮSLEDKU OBECNĚ CHOROBY

ŽÁK - UCHAZEČ O VZDĚLÁVÁNÍ JE ZDRAVOTNĚ ZPŮSOBILÝ POUZE ZA SPLNĚNÍ TĚCHTO PODMÍNEK (uvést konkrétní podmínky) :	1.	
	2.	
	3.	
	4.	

V:	Brně	Dne:		
----	------	------	--	--

Razítko a podpis lékaře

POSUZOVANÝ ŽÁK - UCHAZEČ VZAL OBSAH POSUDKU NA VĚDOMÍ:

V:	Brně	Dne:		
----	------	------	--	--

Podpis posuzovaného žáka - uchazeče
V případě nezletilého žáka - uchazeče podpis zákonného zástupce

POZNÁMKA: k prohlídce mějte s sebou výpis ze zdravotní dokumentace!!!