

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 EUC Klinika a.s.

Libušina 1379

535 01 Přelouč

IČO

609 17 415

Jméno a příjmení lékaře, který posudek vydal

Datum vydání posudku

Podpis lékaře a razítko