**ŽÁDOST O UVOLNĚNÍ Z HODIN TĚLESNÉ VÝCHOVY**

**A ZAŘAZENÍ DO HODIN ZVLÁŠTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY**

|  |
| --- |
| **ŽADATEL** |
| Jméno a příjmení žáka: |  |
| Třída: |  |
| Školní rok: |  |
| Obor: |  |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce žáka: |  |
| Podpis zákonného zástupce nebo zletilého žadatele |  |

**Informace pro lékaře:**

Součástí přihlášky žáků přijatých ke studiu v gastronomických a službových oborech je lékařský posudek o zdravotní způsobilosti ke vzdělávaní. Úplné uvolnění z tělesné výchovy je v rozporu s požadavky ke studiu zvoleného oboru a odborné praxe dle školního vzdělávacího programu.

Pravidelné rozvíjení pohybových schopností v předmětu tělesná výchova je nezbytné pro řádný výkon budoucího povolání, odborné praxe a odborného výcviku.

Škola nabízí žákům Zvláštní tělesnou výchovu, která je fyzicky nenáročná. Jedná se o cvičení bez běhů, skoků a cvičení na nářadí. Náplní ZTV jsou:

● dechová cvičení ● uvolňovací a relaxační cvičení

● protahovací cvičení ● cvičení pro zlepšení svalového napětí

● cvičení pro vyrovnání svalové nerovnováhy

|  |
| --- |
| **VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE** |

Vzhledem ke zdravotnímu stavu uchazeče doporučuji (zaškrtněte):

* na celý školní rok - na 1. pololetí školního roku - na 2. pololetí školního roku

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Zařazení do normálních hodin tělesné výchovy s částečným omezeným (uveďte konkrétně – zákaz skoků, doskoků, otřesů, cvičení na nářadí, zvedání těžkých předmětů, dlouhodobá zátěž, zákaz vytrvalostních běhů apod.) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Doporučuji uvolnit z normálních hodin tělesné výchovy a zařadit do hodin zvláštní tělesné výchovy.

Datum: Razítko a podpis lékaře:

Souhlas ředitele školy s uvolnění žáka z vyučování.

Datum……………………………. Podpis …………………………………………….