# Požadavek na poskytování zdravotní podpory žáka

***Pokyny****: formulář elektronicky vyplňte v aplikaci MS Word, vytiskněte, podepište a doručte do školy*

**Jméno žáka:** Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Datum narození:** Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Třída a třídní učitel:** Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Jméno zákonného zástupce:** Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Kontakt na zákonného zástupce (telefon, email):** Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Zdravotní stav žáka (diagnóza, popis obtíží):**

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Specifikace zdravotní podpory, již by škola měla poskytovat:**

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Účast žáka na výuce tělesné výchovy:** Zvolte ANO/NE  
(pokud ano, tak za jakých podmínek)

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Účast žáka na jednodenních mimoškolních akcích:** Zvolte ANO/NE(pokud ano, tak za jakých podmínek)

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Účast žáka na vícedenních akcích (s přespáním):** Zvolte ANO/NE(pokud ano, tak za jakých podmínek)

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Další relevantní informace:**

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.

**Podpis zákonného zástupce:**

**Razítko a podpis ošetřujícího lékaře (případně jeho další doporučení):**

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text.