

GYMNÁZIUM MNICHOVO HRADIŠTĚ,
příspěvková organizace

Požadavek na poskytování zdravotní podpory žáka

***Pokyny:** formulář vytiskněte, vyplňte, podepište a doručte do školy*

Jméno žáka:

Datum narození:

Třída a třídní učitel:

Jméno zákonného zástupce:

Kontakt na zákonného zástupce (telefon, email):

Zdravotní stav žáka (diagnóza, popis obtíží):

Specifikace zdravotní podpory, již by škola měla poskytovat:

Účast žáka na výuce tělesné výchovy:
(pokud ano, tak za jakých podmínek)

ANO NE (nehodící se škrtněte)

Účast žáka na jednodenních mimoškolních akcích:
(pokud ano, tak za jakých podmínek)

ANO NE (nehodící se škrtněte)

Účast žáka na vícedenních akcích (s přespáním):
(pokud ano, tak za jakých podmínek)

ANO NE (nehodící se škrtněte)

Další relevantní informace:

Podpis zákonného zástupce:

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