|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JMÉNO A PŘÍJMENÍ |  |  | DATUM NAROZENÍ |
| BYDLIŠTĚ |  |  | TŘÍDA |
| JMÉNO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE | MOBILNÍ TELEFON | EMAIL |  |

**Žádost o individuální vzdělávací plán**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KONTAKTNÍ ADRESA ŽADATELE (UVÁDĚJTE, POKUD SE LIŠÍ OD BYDLIŠTĚ ŽÁKA)  **Žádost o individuální vzdělávací plán**  PO  Č  ET P  Ř  ÍLOH  Ž  ÁDOSTI\*  TERMÍN (OD KDY DO KDY ŽÁDÁTE O IVP)  ODŮVODNĚNÍ ŽÁDOSTI  \* Pokud žádáte ze zdravotních důvodů o IVP, musíte k žádosti přiložit lékařský posudek podle Vyhlášky č. 79/2013 Sb. § 16 (viz. Příloha 1). Žádosti a doporučení sportovních oddílů a dalších organizací jsou pouze přílohou této žádosti. V případě, že žádáte o IVP ze zdravotních důvodů, požadujeme doporučení ošetřujícího lékaře.  DATUM  PODPIS  Ž  ÁKA/  Ž  ÁKYN  Ě  PODPIS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE   |  |  | | --- | --- | | VYJÁDŘENÍ ŘEDITELE ŠKOLY |  | |  |  | |  | DATUM | |

**Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti žáka v průběhu vzdělávání**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JMÉNO A PŘÍJMENÍ |  | RODNÉ ČÍSLO |
| BYDLIŠTĚ |  | TŘÍDA |
| TELEFONNÍ KONTAKT | ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA |  |

OBOR VZDĚLÁVÁNÍ

# Posudkový závěr lékaře

DOBA PLATNOSTI POSUDKU PODLE § 8 VYHLÁŠKY Č. 391/2013

|  |  |
| --- | --- |
| DATUM | PODPIS, JMENOVKA LÉKAŘE, RAZÍTKO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ |