

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**  
**o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání v oboru 65-41-L/51 Gastronomie**

Evidenční (pořadové) číslo posudku:

**I.**

**Poskytovatel zdravotních služeb vydávající lékařský posudek**

---

Název poskytovatele: .....

Sídlo nebo místo podnikání: .....

IČ: .....

Jméno, příjmení lékaře, který posudek vydal:

.....

.....

**II.**

**Školy (školské zařízení), která o posouzení zdravotní způsobilosti posuzované osoby za účelem vydání posudku oprávněně požádala**

---

Název školy: Střední škola hotelnictví, řemesel a gastronomie, Trutnov, p.o.

Sídlo: Volanovská 243, 541 01 Trutnov, pracoviště Střemské podhradí 218, 549 57  
Teplice nad Metují

IČ: 06 668 224

Pověřená osoba školy (školského zařízení) k převzetí lékařského posudku (Jméno, příjmení, číslo OP):

- sekretářka – asistentka školy, ředitelka školy

**III.**

**Posuzovaná osoba**

---

Jméno: .....

Příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu, popřípadě místa pobytu na území ČR (jde-li o cizince):

.....

Zákonný zástupce nezletilé posuzované osoby (jméno, příjmení, datum narození, adresa trvalého bydliště: .....

## IV.

### Účel (důvod) vydání lékařského posudku

---

Posouzení zdravotní způsobilosti (*Hodící se zaškrtněte.*):

- v souvislosti s podáním přihlášky
- v průběhu vzdělávání při změně zdravotního stavu
- před zařazením na praktické vyučování nebo praktickou přípravu
- k tělesné výchově a sportu.

**Podmínky vzdělávacího programu posuzované osoby:**

#### Profil absolventa vzdělávacího programu:

Studijní obor 65-41-L/01 Gastronomie, ŠVP Gastronomické služby prohlubuje a rozšiřuje znalosti, které žáci získali ve tříletém učebním oboru kuchař - číšník. Toto prohloubení a rozšíření je zaměřeno na poznání současného rozvoje pohostinství formou malých a středních hostinských, restauračních a hotelových provozů. Poskytuje znalosti v oblasti marketingu, managementu, základů obchodního práva, účetnictví, administrativní a informační techniky. Jeho cílem je připravit všestranně zdatné podnikatele, znalé moderního provozu a metod řízení závodů společného stravování.

#### Podmínky výuky a praktického vyučování:

Výuka při teoretickém vyučování probíhá v

- kmenových, jazykových a odborných učebnách,
- tělocvičně a sportovní hale,
- cvičné kavárně a kuchyni.

Výuka při praktickém vyučování probíhá v

- školní kuchyni a restauraci,
- cvičné kavárně a kuchyni,
- v kuchyních a restauracích na externích pracovištích.

#### Zdravotní a bezpečnostní rizika práce, vč. míry těchto rizik:

Zdravotní předpoklady pro způsobilost uchazeče ke vzdělávání upravuje Příloha č. 2 k NV č. 211/2010 Sb.

Pro obor 65-41-L/51 Gastronomie platí následující omezení (ke vzdělávání nemůže být přijat žák, který trpí):

- nemocemi vylučujícími vydání zdravotního průkazu.

**V.  
POSUDKOVÝ ZÁVĚR**

---

- Posuzovaná osoba \*
- a) je zdravotně způsobilá
  - b) není zdravotně způsobilá
  - c) je zdravotně způsobilá s omezením: \*\*, \*\*\* .....
  - .....
  - .....
  - d) pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost

**Datum ukončení platnosti lékařského posudku**, pokud je třeba omezit jeho platnost na základě zjištěného zdravotního stavu:

**VI.  
POUČENÍ**

---

Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění zákona č. 167/2012 Sb., podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Lhůta pro podání návrhu na přezkoumání počíná běžet prvním dnem následujícím po dni prokazatelného předání lékařského posudku. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s omezením.

.....  
**Datum vydání lékařského posudku**

.....  
**podpis lékaře, který posudek vydal**

.....  
**razítko poskytovatele zdravotních služeb**

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek do vlastních rukou:

dne: .....

.....  
podpis posuzované osoby  
nebo jeho zákonného zástupce

Pověřená osoba školy (školského zařízení) ..... (číslo OP .....)\*\*\*\*, která o posouzení zdravotní způsobilosti posuzované osoby za účelem vydání posudku oprávněně požádala, převzala lékařský posudek:

dne: .....

.....  
podpis pověřené osoby školy  
(školského zařízení)

---

\* Nehodící se škrtněte.

\*\* Bylo-li zjištěno, že posuzovaná osoba je zdravotně způsobilá s omezením, uveďte se omezení podmiňující zdravotní způsobilost.

\*\*\* Datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěné zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost.

\*\*\*\* Prosím, doplňte chybějící údaje – jméno, příjmení pověřené osoby školy (školského zařízení) a číslo občanského průkazu (OP).