**VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ BRNO, p. o.**

**Kounicova 684/16, 602 00, Brno**

**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání**

podle § 94 odst. 4 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, (školský zákon) a přílohy č. 2 k nařízení vlády č. 211/2010 Sb. Onemocnění nebo zdravotní obtíže pro účely stanovení podmínek zdravotní způsobilosti uchazeče ke vzdělávání. Vyplňuje se pouze v případě, že se jedná o obor vzdělání, pro který je tento posudek nezbytný.

Potvrzení se vydává z důvodu změny vzdělávacího programu a nesmí starší 3 měsíců!

Žadatelka o přijetí ke vzdělávání na Vyšší odborné škole zdravotnické Brno, p. o., Kounicova 648/16, 602 00, Brno, program 🞏 **Diplomovaná všeobecná sestra 🞏 Diplomovaná dětská sestra.**

Příjmení a jméno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Přestupuje ke dni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Kontraindikace pro studium a výkon povolání v oboru jsou:** |

* prognosticky závažná onemocnění omezující funkce horních nebo dolních končetin (poruchy hrubé i jemné motoriky);
* prognosticky závažná chronická onemocnění kůže a spojivek včetně alergických onemocnění – při praktickém vyučování nelze vyloučit silné znečištění kůže nebo kontaktu s alergizujícími látkami;
* prognosticky závažná chronická onemocnění dýchacích cest a plic včetně onemocnění alergických – při praktickém vyučování nelze vyloučit dráždivé a alergizující látky, činnost ve vysoce prašném prostředí;
* přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování;
* prognosticky závažné poruchy mechanizmu imunity;
* závažné duševní nemocí a poruchy chování.

*Potvrzuji, že žadatelka nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací pro studium a výkon povolání v uvedeném programu.*

 …………………………………………… …………………………………………………….

 Datum Razítko a podpis lékaře