

....., dnia r.
(miejscowość) (data)

**OPINIA LEKARZA
O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIĄ
OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię ucznia:

Data urodzenia ucznia:

W związku z przeciwwskazaniami medycznymi uczeń nie może wykonywać następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego:

.....
(wymienić jakich lub jakiego rodzaju ćwiczeń fizycznych uczeń nie może wykonywać)

na czas:

1. I półrocza w roku szkolnym 20..... / 20,*
2. II półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,*
3. całego roku szkolnego 20..... / 20.....,*
4. od dniar. do dniar.*

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe podkreślić i wypełnić

....., dnia r.
(miejscowość) (data)

**OPINIA LEKARZA
O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIĄ
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię ucznia:

Data urodzenia ucznia:

W związku z przeciwwskazaniami medycznymi uczeń nie może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego na czas:

1. I półrocza w roku szkolnym 20..... / 20,*
2. II półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,*
3. całego roku szkolnego 20..... / 20.....,*
4. od dniar. do dniar.*

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe podkreślić i wypełnić