

\_\_\_\_\_  
(pieczęć szkoły)

\_\_\_\_\_  
(miejsowość , data)

Uczeń \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

- Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Opinia lekarska:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza)