

.....
(pieczęć przychodni/gabinetu lekarskiego)

.....
(miejsowość, data)

O P I N I A
o ograniczonych możliwościach
uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego

Podstawa prawna: § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych z dnia 03 sierpnia 2017 r. (Dz. U. poz. 1534).

Niniejszym zaświadcza się, że uczeń/uczennica

.....
(imię i nazwisko)

ma ograniczone możliwości udziału w zajęciach wychowania fizycznego z powodu

.....
.....
i w związku z tym kwalifikuje się do PEŁNEGO/CZĘŚCIOWEGO* zwolnienia z ćwiczeń na lekcjach
wychowania fizycznego w okresie od do.....

Uwagi i zalecenia do pracy z uczniem na lekcjach wychowania fizycznego:

(proszę wypełnić w przypadku zwolnienia częściowego)

.....
.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić