
(pieczęć szkoły)

(miejscowość , 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)