

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 lekarza:

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

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)