

.....
(pieczęć przychodni lekarskiej)

.....
(miejscowość i data)

**OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH UCZESTNICZENIA UCZNIĄ W ZAJĘCIACH
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

W związku z § 4 ust.1 i 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 03.08.2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1534) w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych wydaję opinię o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia

Wyżej wymienione ograniczenie powoduje: (niepotrzebne skreślić)

całkowitą*

częściową* niezdolność do uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego. Uczniowi nie wolno wykonywać następujących rodzajów ćwiczeń:

.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić