

.....
miejsowość, data

.....
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

OPINIA LEKARSKA

dotycząca Ucznia /Uczennicyklasy.....
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

I Liceum Ogólnokształcącego im. Jarosława Dąbrowskiego w Tomaszowie Maz.

***I Ograniczone możliwości wykonywania przez ucznia/uczennicę następujących ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego :**

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

(typ, rodzaj, zakres i natężenie ćwiczeń i zadań ruchowych, które w/w uczeń/uczennica może w ograniczonym zakresie wykonywać podczas zajęć wychowania fizycznego)

Opinię wydaje się na okres

***II. Brak możliwości uczestniczenia ucznia/uczennicy w zajęciach wychowania fizycznego**

Opinię wydaje się na okres

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*** Uzupełnić pkt I albo pkt II**