

Kędzierzyn-Koźle , dnia.....

.....
(pieczęć szkoły)

Uczeń/Uczennica
(imię i nazwisko)

- Jest zdolny/zdolna do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami

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

- Jest całkowicie zwolniony/zwolniona z zajęć wychowania fizycznego w okresie

od

do

OPINIA LEKARZA:

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

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)