

\_\_\_\_\_  
(pieczęć szkoły)

\_\_\_\_\_  
(miejsowość , data)

## Opinia

o ograniczonych możliwościach uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego

### 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)