

OPINIA/ ORZECZNIE¹ LEKARSKIE O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH UCZESTNICTWA UCZNIA W ZAJĘCIACH Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Wydana zgodnie z § 5 ust.1, 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2010 r.
w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych
(Dz. U. z 2015 r. poz. 843).

Imię i nazwisko ucznia: Klasa:

Adres:

.....

Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego:

CAŁKOWICIE / CZĘŚCIOWO¹

Przeciwwskazania (*proszę zaznaczyć*):

1. TRUCHT
2. BIEGI KRÓTKIE
3. BIEGI DŁUGIE
4. SKOKI
5. GIMNASTYKA
6. GRY ZESPOŁOWE
7. ĆWICZENIA SIŁOWE
8. WSZYSTKIE ĆWICZENIA

Inne:

.....

Podać rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

.....

.....

.....

➤ od dnia do dnia

➤ na okres I semestru / II semestru¹ roku szkolnego 20.../20...

➤ na okres roku szkolnego 20.../20...

z powodu (podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej Kod ICD10)

.....

Data wystawienia:

.....
pieczętka i podpis lekarza

¹niepotrzebne skreślić