

OPINIA LEKARSKA
o ograniczonych możliwościach wykonywania ćwiczeń
podczas zajęć wychowania fizycznego
ucznia I Liceum Ogólnokształcącego im. M. Skłodowskiej-Curie
w Sokołowie Podlaskim

imię i nazwisko ucznia klasa

adres

Uczeń/uczennica jest niezdolny/a do wykonywania niżej wymienionych ćwiczeń podczas zajęć wychowania fizycznego:

opis przeciwwskazań (w odniesieniu do występującego schorzenia):

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

od dnia do dnia

na okres I półrocza / II półrocza (*właściwe podkreślić*) roku szkolnego 20..... / 20.....

na okres roku szkolnego 20..... / 20.....

**) odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem*

data wystawienia

pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

podstawa prawna:

par. 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych.