



Rawicz,.....

Pieczętka przychodni

Opinia o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

Uczeń powinien zostać zwolniony z zajęć wychowania fizycznego, basenu*
- całkowicie, częściowo*

w okresie:

od dnia do dnia

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

.....
.....

Przeciwwskazania: *

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

Podaj rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

.....
.....

.....
Data wystawienia

.....
Podpis i pieczętka lekarza

* właściwe zakreślić