

OPINIA LEKARZA

O OGRANICZENIU MOŻLIWOŚCI UDZIAŁU UCZNIĄ W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uczennica / uczeń .....

1) \* powinien być zwolniony z następujących ćwiczeń w okresie od ..... do ..... :  
(należy wymienić rodzaj ćwiczeń)

2) \* powinien być zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ..... do .....

.....

data wydania opinii

\* niewłaściwe skreślić

.....

pieczęć i podpis lekarza