

Jarosław, dnia.....

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 LEKARZA:

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)