

(pieczęć placówki)

OPINIA
**o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia
w zajęciach wychowania fizycznego**

(imię i nazwisko ucznia)

ur. _____ w _____

cierpi na zaburzenie zdrowotne, które z lekarskiego punktu widzenia całkowicie/częściowo*)
uniemożliwiają udział w zajęciach wychowania fizycznego.

Wskazówki i zalecenia:

Zaświadczenie jest ważne od _____ do _____

Przed ponownym dopuszczeniem do udziału w zajęciach wychowania fizycznego badanie
lekarskie jest wymagane/nie wymagane *)

(data)

(podpis i pieczęć lekarza)

*Na podstawie art. 44d ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U.2015.2156 ze zmianami)
z późn. zm.), w związku z § 5 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 (Dz. U. poz. 843)*

*) niepotrzebne skreślić