

Zwolnienie lekarskie z ćwiczeń wychowania fizycznego

ucznia

nazwa szkoły, miejscowość

.....
imię i nazwisko ucznia/uczennicy

ur., uczeń/uczennica klasy.....

jest częściowo lub całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego *

1. od dnia..... do dnia.....
2. na okres I semestru roku szkolnego 20...../20.....
3. na okres II semestru roku szkolnego 20...../20.....
4. na okres roku szkolnego 20...../20.....*

z powodu.....

Przeciwwskazania: **

1. Trucht
2. Biegi krótkie
3. Biegi długie
4. Skoki
5. Gimnastyka (na przyrządach, przewroty, stanie na rękach,)
6. Ćwiczenia siłowe
7. Pływanie
8. Inne.....

Podać rodzaj zajęć dozwolonych:

.....
.....

.....
miejsce i data wystawienia zaświadczenia

.....
pieczętka przychodni

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
data i podpis pielęgniarki szkolnej

.....
data i podpis nauczyciela wychowania fizycznego

.....
data i podpis dyrektora szkoły

*niepotrzebne skreślić

** właściwe podkreślić