

(pieczęć szkoły)

....., dnia.....

Uczeń

(imię i nazwisko ucznia)

1) Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego/informatyki/technologii informacyjnej* z następującymi ograniczeniami:

* niepotrzebne skreślić

.....
.....
.....
.....
.....

2) Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego/informatyki/technologii informacyjnej* w okresie od..... do

* niepotrzebne skreślić

OPINIA LEKARZA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

(pieczęć i podpis lekarza)