

.....
miejsowość, data

Uczeń.....

- Jest zdolny do ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

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

- Jest całkowicie zwolniony z ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie:

oddo.....

Opinia lekarska:

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

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)