

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejsowość/data

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIĄ
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: PESEL.....

Adres zamieszkania:

.....

W związku z § 5 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843) wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia

Opinię powyższą wydaje się z powodu

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza