

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejscowość/data

**OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH
WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIĄ OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

.....
W związku z § 5 ust. 1 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 ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych:

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

w okresie od dnia do dnia

Opinię powyższą wydaje się z powodu

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza