

.....dnia

OPINIA LEKARZA

Stwierdzam, żeurodzony
(nazwisko i imię ucznia) (data urodzenia)

zamieszkały
(adres zamieszkania)

* ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

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

w okresie oddo

* nie może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego

w okresie oddo

.....
pieczęć i podpis lekarza

* - wybrać właściwe zaznaczając krzyżykiem i uzupełnić