



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
W ZAKRESIE MOŻLIWOŚCI UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uczeń /Uczennica:ur.
(Imię i nazwisko) (data ur.)

PESEL:

1. jest zdolny/-a do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami*:

.....
.....

2. jest całkowicie niezdolny do zajęć wychowania fizycznego, w okresie*

od do

*(właściwe podkreślić i uzupełnić)

Opinia lekarska:

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

Wskazówki dla nauczyciela WF:

.....
.....

Łódź, dn.

.....

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)