

ZWOLNIENIE LEKARSKIE
Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO UCZNI
III LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

1. Uczeń ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

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

2. Uczeń jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego

- na okres I semestru roku szkolnego 20..../20.....
 - na okres II semestru roku szkolnego 20..../20.....
 - na okres całego roku szkolnego 20..../20.....
 - w okresie od do
- z powodu (podać diagnozę schorzenia – kog ICD-10)

.....
.....

miejsowość i data

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)