

.....
Gliwice, dnia.....

.....
pieczętka szkoły/

**DRUK ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
W ROKU SZKOLNYM 2017/2018**

Nazwisko i imię ucznia

Termin zwolnienia

Przyczyna zwolnienia ucznia.....

.....

.....

.....

ZAKRES ZWOLNIENIA:

A) Uczeń zdolny do ćwiczeń z ograniczeniami / proszę o podanie jakich ćwiczeń
uczeń nie może wykonywać/

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B) Uczeń całkowicie niezdolny do ćwiczeń fizycznych

.....

.....

.....

C) Uczeń może (nie może)* brać udział w spacerach, organizowanych w czasie
trwania zajęć z wychowania fizycznego

*Niepotrzebne skreślić

.....
/pieczętka przychodni, gabinetu lekarskiego/

.....
/pieczętka lekarza/