

.....dnia.....

OPINIA LEKARZA

Stwierdzam, żeurodzony.....
(nazwisko i imię ucznia) (data urodzenia)
zamieszkały
(adres zamieszkania)

☐ * ma przeciwwskazania medyczne do wykonania poniższych ćwiczeń na zajęciach
wychowania fizycznego

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

w okresie od do.....

☐ * nie może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego
w okresie od do
z powodu choroby
podać diagnozę choroby – kod ICD 10

.....
pieczęć i podpis lekarza

* - wybrać właściwe zaznaczając krzyżykiem i uzupełnić