

.....
(pieczęć przychodni)

.....
(data)

Na podstawie § 5 ust. 1, 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 10.06.2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (DZ. U. poz. 843).

1.OPINIA LEKARZA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIĄ OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO.*

Uczeń/uczennica XII Liceum Ogólnokształcącego w Poznaniu

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a

.....
(data i miejsce)

nie może wykonywać następujących ćwiczeń:

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

w okresie od.....do.....

Zaleca się:

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

2.OPINIA LEKARZA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESNICZENIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO.*

Uczeń/uczennica XII Liceum Ogólnokształcącego w Poznaniu

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a

.....
(data i miejsce)

nie ma możliwości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego:

w okresie od.....do.....

*niepotrzebne skreślić

**Biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko podczas nieobecności w miejscu odbywania zajęć
wychowania fizycznego.**

.....

(data)

.....

(podpis)

Decyzja Dyrektora szkoły.....

Data.....Podpis.....

...