

OPINIA LEKARSKA

DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA Z ĆWICZEŃ Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

1. _____
(Imię i nazwisko ucznia)

2. _____
(adres zamieszkania)

Nie powinien uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego¹

- całkowicie
- częściowo

okresie²

- od dnia ___/___/_____ do dnia ___/___/_____;
- na okres I semestru roku szkolnego 200 ___/200___;
- na okres II semestru roku szkolnego 200 ___/200___;
- na okres roku szkolnego 200___ /200 ___;

z powodu:

(proszę podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej Kod ICD 10)

a. Przeciwwskazania³:

- trucht
- biegi krótkie,
- biegi długie,
- skoki,
- gimnastyka,
- gry zespołowe,
- ćwiczenia siłowe,
- wszystkie ćwiczenia,
- inne _____

b. Rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

Data wystawienia opinii _____

pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

¹ właściwie zaznaczyć

² właściwie zaznaczyć

³ właściwie zaznaczyć