

.....  
miejsowość                      data

## OPINIA LEKARSKA

o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego\* w ZSO nr 10 – VII Liceum Ogólnokształcącym i Gimnazjum Dwujęzycznym im. Dąbrowki w Poznaniu

Uczeń (imię i nazwisko) ..... PESEL .....

Opinia lekarza wskazująca na ograniczone możliwości wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych:

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

Okres ograniczonych możliwości wykonywania w/w ćwiczeń: od ..... do .....

pieczętka przychodni lekarskiej

pieczętka i podpis lekarza

\*(podstawa prawna: §5 ust.1 ROZPORZĄDZENIA MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843)