

pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejsowość/data

**OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH
WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIĄ OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię

Data urodzenia:PESEL

Adres zamieszkania:

W związku z § 4 ust. 1 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. 2019 poz. 373) wydaję opinię o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych:

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

w okresie od dniado dnia

.....
pieczęć i podpis lekarza