
(pieczęć przychodni lekarskiej)

(miejsowość i data)

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIĄ
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

W związku z § ust.1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania ,klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów egzaminów w szkołach publicznych(DZ.U.NR 83,poz.562 i Nr 130, poz.906 z późniejszymi zmianami) wydaję opinię o całkowitej niezdolności do uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia

Opinię powyższą wydaję z powodu:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

(pieczętka szkoły)