…………………………. ………………………………….

(pieczątka 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 UCZNIA 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

……….…………………. ……………………………

 (data) (podpis lekarza)

**Biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko podczas nieobecności wypadających według planu na pierwszych i ostatnich lekcjach odbywania zajęć wychowania fizycznego.**

……….…………………. ……………………………

 (data) (podpis)

Decyzja Dyrektora szkoły…………………………………………………………………………………………………...........

Data……………………………………………………….………………….Podpis……………………………….…………