

**Opinia lekarza o ograniczonych możliwościach lub niemożności ucznia
uczestniczenia w zajęciach/ćwiczeniach z wychowania fizycznego
w Zespole Szkół Technicznych i Handlowych
w Bielsku-Białej**

Decyzję o zwolnieniu z zajęć/części zajęć/ćwiczeń podejmuje dyrektor szkoły w oparciu o opinię lekarza.

Nazwisko i imię ucznia/uczennicy

Klasa typ szkoły

Adres

1. Uczeń/uczennica ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

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

2. Uczeń/uczennica winien/winna być zwolniony/zwolniona z zajęć wychowania z powodu:

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

3. Zwolnienie obejmuje okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....
- całego roku szkolnego 20..... / 20.....
- od do

.....
pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
pieczęć i podpis lekarza

Bielsko - Biała, dnia