

Pieczęć poradni

(Miejscowość)

....., dnia

OŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Oświadczam, że na podstawie przeprowadzonych badań specjalistycznych uczeń/uczennica
Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych nr 3 w Inowrocławiu

.....
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

jest niezdolny/a do wykonywania ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego w zakresie:

a) ze wszystkich ćwiczeń*

b) z ćwiczeń (wpisać jakich)

w okresie:

a) od do

b) w roku szkolnym 20...../20.....

*właściwe zakreslić

Pieczęć lekarza

Niniejsze oświadczenie będzie służyło do celów sprawozdawczych dla NFZ i MEN.

Przyjąłem do wiadomości

(Podpis rodziców lub opiekunów)

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY NR

Zwalniam ucznia/uczennicę z klasy

(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

z zajęć WF w okresie od do

Podpis dyrektora szkoły