

.....  
pieczęć przychodni lekarskiej

.....  
miejsowość/data

OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA  
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię: .....

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

Adres zamieszkania: .....

W związku z § 5 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843) wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia ..... do dnia .....

Opinię powyższą wydaję się z powodu .....

.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza