Olsztyn, dnia……………….

…………………………………………………..

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**OPINIA LEKARZA**

Na podstawie § 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 373)

 Nazwisko i imię ucznia: ………………………………………………………………………….

Data urodzenia ucznia:…………………………………………………………………………..

1. **O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH\***

W związku z przeciwskazaniami medycznymi uczeń nie może wykonywać następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego :

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

( wymienić jakich lub jakiego rodzaju ćwiczeń fizycznych uczeń nie może wykonywać)

1. **O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO\***

W związku z przeciwskazaniami medycznymi uczeń nie może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego

**na okres:**

 **I półrocza w roku szkolnym 2022/2023\***

 **II półrocza w roku szkolnym 2022/2023\***

 **całego roku szkolnego 2022/2023\***

 **od dnia………………….. do dnia ……………………\***

……………………………………

 pieczęć i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić