

Załącznik nr 1

....., dnia.....r.  
(miejscowość) (data)

**OPINIA LEKARZA  
O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIA  
OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH  
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię ucznia: .....

Data urodzenia ucznia: .....

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

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

na czas\*:

1. I półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,
2. II półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,
3. całego roku szkolnego 20...../ 20.....,
4. od dnia .....r. do dnia.....r.

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)  
\*właściwe podkreślić i wypełnić

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 2

....., dnia.....r.  
(miejscowość) (data)

**OPINIA LEKARZA  
O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA  
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię ucznia: .....

Data urodzenia ucznia: .....

W związku z przeciwwskazaniami medycznymi uczeń nie może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego na czas\*:

1. I półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,
2. II półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,
3. całego roku szkolnego 20...../ 20.....,
4. od dnia .....r. do dnia.....r.

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)  
\*właściwe podkreślić i wypełnić

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 3

....., dnia.....r.  
(miejscowość) (data)

.....  
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

.....  
(adres zamieszkania)

**Do Dyrektora  
Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 1  
w Prudniku**

W związku ze zwolnieniem córki/ syna .....  
uczennicy/ ucznia klasy ..... liceum ogólnokształcącego z realizacji zajęć wychowania fizycznego  
w\*:

1. I półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,
2. II półrocza w roku szkolnym 20...../ 20.....,
3. całego roku szkolnego 20...../ 20.....,
4. od dnia .....r. do dnia.....r.

zwracam się z prośbą o zwolnienie córki/ syna z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach gdy  
są one pierwszymi lub ostatnimi godzinami lekcyjnymi, tj.....

.....  
(wpisać dni tygodnia i godziny)

Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za pobyt i bezpieczeństwo  
córki/ syna w tym czasie poza terenem szkoły.

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Do wiadomości:

1) Nauczyciel wychowania fizycznego: .....

2) Wychowawca: .....

\* właściwie zaznaczyć