

Załącznik 1

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejscowość/ data

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIĄ W
ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO.**

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

W związku z § 4 pkt 2. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 roku w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2017 roku, poz.1534) wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie

od dnia

do dnia

Opinię wydaję się z powodu:

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza