

Zespół Szkół Ogólnokształcących
i Zawodowych
62-410 Zagórow, ul. Pyzdarska 75
tel. 63 276 11 13

Zagórow, dnia

.....
(pieczęć szkoły)

Uczeń lat
(imię i nazwisko)

1) Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

2) Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie od do

OPINIA LEKARZA:

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)