

.....  
(pieczęć przychodni/gabinetu lekarskiego)

.....  
(miejscowość, data)

**O P I N I A**  
**o ograniczonych możliwościach**  
**uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego**

Podstawa prawna: § 4 ust. 1-3 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)

Niniejszym zaświadcza się, że uczeń/uczennica

.....  
(imię i nazwisko)

ma ograniczone możliwości udziału w zajęciach wychowania fizycznego z powodu

.....  
.....  
i w związku z tym kwalifikuje się do PEŁNEGO/CZĘŚCIOWEGO\* zwolnienia z ćwiczeń na lekcjach  
wychowania fizycznego w okresie od ..... do.....

Uwagi i zalecenia do pracy z uczniem na lekcjach wychowania fizycznego:

(proszę wypełnić w przypadku zwolnienia częściowego)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*niepotrzebne skreślić