



**ZWOLNIENIE LEKARSKIE
Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
UCZNIĄ ZESPOŁU SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH
W WOLINIE**

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

Uczeń zwolniony jest z *zajęć wychowania fizycznego* – całkowicie, częściowo *

Przeciwwskazania: (zaznaczyć)

1. TRUCHT
2. BIEGI KRÓTKIE
3. BIEGI DŁUGIE
4. SKOKI
5. GIMNASTYKA
6. GRY ZESPOŁOWE
7. ĆWICZENIA SIŁOWE
8. WSZYSTKIE ĆWICZENIA
9. Inne

Podać rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

.....
.....

- od dnia do dnia

- na okres I lub II semestru roku szkolnego 2018/2019

- na okres I roku szkolnego 2018/2019

z powodu (podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej **Kod ICD 10**)

.....

Data wystawienia:

pieczętka i podpis lekarza

pieczętka przychodni (szpitala)

podpis pielęgniarki szkolnej

data i podpis dyrektora szkoły

podpis wychowawcy

*właściwie zakreślić

formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub semestralnych (powyżej 2 miesięcy niezdolności do ćwiczeń)