

.....
miejsowość i data

OPINIA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH UCZESTNICZENIA UCZNIĄ W ZAJĘCIACH
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię

Data urodzenia; PESEL

Adres zamieszkania
.....

W związku z § 5. ust. 1/ust. 2* rozporządzenia ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 czerwca 2015r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2015r. poz. 843) wydaję opinię o ograniczonych możliwościach/ braku możliwości* uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia

Wyżej wymienione ograniczenia powodują całkowitą/ częściową* niezdolność w zakresie
.....
.....
.....
.....

/ niezdolność do uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego. *

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić