

Bolesławiec, dn.

.....
(pieczęć szkoły)

**DRUK ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
W ROKU SZKOLNYM 2018/2019**

Nazwisko i imię ucznia

Termin zwolnienia z WF-u

Przyczyna zwolnienia ucznia

.....

UWAGI

Uczeń zdolny do ćwiczeń z ograniczeniami/proszę podać ćwiczenia których uczeń nie może wykonywać

.....

.....

Uczeń całkowicie niezdolny do ćwiczeń fizycznych

.....

.....

.....
(pieczętka przychodni/gabinetu lekarskiego)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)