

.....  
miejsowość i data

OPINIA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH UCZESTNICZENIA UCZNI  
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....; PESEL .....

Adres zamieszkania:

.....

W związku z § 4. ust. 1/ust. 2\* Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017 r. poz. 1534) 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