

.....
(pieczęć podmiotu
przeprowadzającego badanie)

.....
(miejscowość i data)

OPINIA LEKARSKA

Na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 22 lutego 2019 roku w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2572).

.....
(imię i nazwisko)
urodzony/a..... wnr PESEL:.....
zamieszkały/a.....
.....

- ☐ z wykonywania następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

.....
.....
(proszę podać rodzaj ćwiczeń)

w okresie od dnia.....do dnia.....w roku szkolnym 20...../20.....

- ☐ z realizacji zajęć wychowania fizycznego

w okresie od dnia.....do dnia.....w roku szkolnym 20...../20.....

.....
(data wystawienia opinii)

.....
(pieczęć i podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego)