

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
data urodzenia

.....
okres obowiązywania opinii lekarskiej

Uzasadnienie wydania opinii lekarskiej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis lekarza