Załącznik nr 1a

…… ……

pieczęć przychodni lekarskiej *miejscowość/data*

OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię: ……

Data urodzenia: ……..…… PESEL ……..……..

Adres zamieszkania: ……

W związku z *§ 5 ust. 2* Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843) wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia ……..……..…

do dnia …… .

Opinię powyższą wydaje się z powodu ……

……

……

pieczęć i podpis lekarza