*Załącznik nr 1b*

…… ……

*pieczęć przychodni lekarskiej* *miejscowość/data*

OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH
WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię: ……

Data urodzenia: ……..…… PESEL ……..……..

Adres zamieszkania: ……

W związku z *§ 5 ust. 1* 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 ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych:

……

……

……

……

……

w okresie od dnia ……..……..… do dnia …… .

Opinię powyższą wydaje się z powodu ……

……

……

pieczęć i podpis lekarza