



I Zespół Szkół Społecznego Towarzystwa Oświatowego w Gdańsku

Gdańsk,

Uczeń **lat**

1) Jest zdolny do ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

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

2) Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

od..... do.....

OPINIA LEKARZA:

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

.....
pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
pieczęć i podpis lekarza