

.....  
(pieczęć szkoły)

Łódź, dnia .....

Uczeń .....  
(imię i nazwisko)

- Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami

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

- Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie

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

OPINIA LEKARZA:

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

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)