

**OPINIA LEKARZA  
O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICTWA  
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

.....

(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

1. Imię i nazwisko ucznia .....

2. Data urodzenia .....

3. Okres obejmujący opinię .....

4. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis lekarza)