

**OPINIA LEKARZA**  
**O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH UCZESTNICTWA**  
**W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

.....  
(pieczęćka zakładu opieki zdrowotnej)

1. *Imię i nazwisko ucznia* .....
2. *Data urodzenia* .....
3. *Okres obejmujący opinię* .....
4. *Uzasadnienie:*

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza)