

Owińska dnia .....

.....

*Imię i nazwisko ucznia*

1. Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego następującymi ograniczeniami :

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

2. Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie

od .....

Opinia lekarza:

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