

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:

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