



**SAMORZĄDOWE CENTRUM
EDUKACJI SZKOLNEJ
W TYLICZU**
ul. Kazimierza Wielkiego 9
33-383 Tylicz
tel./fax 0184711391
e-mail: sptylicz@edukrynica.pl

Tylicz,

**DRUK ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO
Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
W ROKU SZKOLNYM**

Nazwisko i imię ucznia

Termin zwolnienia z WF-u

Przyczyna zwolnienia ucznia

UWAGI

Uczeń zdolny do ćwiczeń z ograniczeniami / proszę o podanie ćwiczeń
których uczeń nie może wykonywać/

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

Uczeń całkowicie niezdolny do ćwiczeń fizycznych

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

.....
/pieczętka przychodni, gabinetu lekarskiego/

.....
/ pieczętka lekarza/