

.....
/pieczęćka szkoły/

dnia,.....

**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 nie zdolny do ćwiczeń fizycznych

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

.....
/pieczęćka przychodni, gabinetu lekarskiego/

.....
/pieczęćka lekarza/