

.....
miejsowość i data

OPINIA LEKARZA SPECJALISTY

dot. zwolnienia ucznia/ uczennicy z zajęć wychowania fizycznego

Uczeń/uczennica klasy Zespołu Szkół w Starym Pilczynie

.....
imię i nazwisko ucznia/uczennicy

- 1) jest całkowicie niezdolny/niezdolna do udziału w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia.....
- 2) ma ograniczone możliwości wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego od dnia do dnia.....

OPINIA LEKARZA:*

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

.....
Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
pieczęć i podpis lekarza

1.*Rozporządzenia MEN z 10 czerwca 2015r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz.U. poz.843)

§ 5 ust. 1 *Dyrektor szkoły zwalnia ucznia z zajęć wychowania fizycznego, zajęć komputerowych, informatyki lub technologii informatycznej na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w tych zajęciach, wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii.*

§ 5 ust. 2 *Dyrektor szkoły zwalnia ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego, zajęć komputerowych lub informatyki, na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii.*