…………………………………………..

( miejscowość, data)

**OPINIA LEKARSKA**

**O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA**

**W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**Podstawa prawna:**

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania   
i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych ( Dz. U. z 2023 r., poz. 2572):

§ 4.2. Dyrektor szkoły zwalnia ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii.

**Imię i nazwisko ucznia** …………………………………………………………………..

Uczeń jest niezdolny do uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego w okresie

* od …………………………………….. do ……………………………………….
* w roku szkolnym ……………………………………………………………………

Opinia lekarska:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………. …………………………………...

( pieczęć przychodni) ( pieczęć i podpis lekarza)