

.....  
( 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)