

---

pieczętka przychodni lub gabinetu lekarskiego

---

miejsce i data

**DRUK ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO  
Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

***(do użytku w Zespole Szkół im. o. Mariana Żelazka w Chłudowie)***

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ: \_\_\_\_\_

TERMIN ZWOLNIENIA Z WF-u: \_\_\_\_\_

PRZYCZYNA ZWOLNIENIA UCZNIĄ (np. kontuzja, choroba itp.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ UCZEŃ ZDOLNY DO ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH Z OGRANICZENIAMI **TAK // NIE** (właściwie podkreśl)

(poniżej proszę podać rodzaj ćwiczeń, których uczeń nie może wykonywać ze względu na dysfunkcję)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ UCZEŃ CAŁKOWICIE NIEZDOLNY DO ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH **TAK // NIE** (właściwie podkreśl)

---

pieczętka i podpis lekarza