Pieczęć ZOZ ....., data,.....

Opinia Lekarska

Uczeń/uczennica klasy..... Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Sosnowcu ul. Kilińskiego 25

.....

/imię i nazwisko ucznia – data urodzenia/

Jest zwolniony:

1. Z określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego.....
   .....
   .....
   .....

   / podać rodzaj ćwiczeń/

   w okresie od .....do.....

2. Z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od.....do.....

.....

/Podpis i pieczęć lekarza/