

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 i / lub basenu

/właściwe podkreślić/

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

.....

/podpis i pieczęć lekarza/