** II Liceum Ogólnokształcące**

 **im. Marii Skłodowskiej-Curie**

 ul. Przemysłowa 22

 66-400 Gorzowie Wlkp.

 tel. 95 722 84 38

Opinia

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

 1.Opinia lekarza

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

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

2. Zaleca się następujące ćwiczenia:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

3. Ćwiczenia, których uczeń / uczennica nie powinni wykonywać:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

4. Zalecany okres niećwiczenia:

od …………………………………… do ……………………………………….

 …………………………………..

  *data, pieczęć i podpis lekarza*

Gorzów Wielkopolski*, ………………………………………*

 *Pan*

***Tomasz Pluta***

 *Dyrektor*

 *II Liceum Ogólnokształcącego*

 *im. Marii Skłodowskiej – Curie*

 *w Gorzowie Wlkp.*

WNIOSEK

*Na podstawie opinii lekarskiej wnioskuję o zwolnienie …………………….………………*

 *imię i nazwisko ucznia*

*………………… z czynnego uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego/częściowego/*

 *klasa*

*/uczestnictwa bez oceny/*

I Rodzic/opiekun

 1. Podpis ucznia…………………………………..

 2. Podpis rodzica…………………………………

II Pielęgniarka szkolna

1. Grupa dyspanseryjna………………………………………………………………………….

2. Uwagi……………………………………………………………………………………...….

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

III Nauczyciel wychowania fizycznego………………………………………………………..

Akceptacja dyrektora szkoły

……..…………………………