** 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

……..…………………………