pieczęć przychodni lekarskiej

 ……………………………………...

miejscowość/data

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię: ..........................................................................................................

Data urodzenia: ....................................PESEL ..............................................

Adres zamieszkania: ......................................................................

W związku z § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2019 poz. 373) wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia .....................................do dnia ..................................

Opinię powyższą wydaje się z powodu ....................................................................................................................................................................................................................................................

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

pieczęć i podpis lekarza