

.....
/pieczęta szkoły/

Gliwice, dnia,.....

**DRUK ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO
Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
W ROKU SZKOLNYM**

Nazwisko i imię ucznia

Termin zwolnienia z WF-u

Przyczyna zwolnienia ucznia

UWAGI

Uczeń zdolny do ćwiczeń z ograniczeniami / proszę o podanie ćwiczeń,
których uczeń nie może wykonywać/

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

Uczeń całkowicie niezdolny do ćwiczeń fizycznych

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

.....
/pieczęta przychodni, gabinetu lekarskiego/

.....
/pieczęta lekarza/