Załącznik nr 1a

…… ……

pieczęć przychodni lekarskiej miejscowość/data

OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH

WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH

NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię: ……

Data urodzenia: ……..…… PESEL ……..…

Adres zamieszkania: ……

W związku z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2017 poz. 1534) wydaję opinię o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych:

……
……
……
……
……
……
…….

w okresie od dnia ……..……..… do dnia ……. .

……

pieczęć i podpis lekarza