Załącznik nr 1b

……..

miejscowość/data

…….

pieczęć przychodni lekarskiej

OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię ucznia:……

Data urodzenia: ……PESEL……..…….

Adres zamieszkania:……..

W związku z § 4 ust. 2 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 braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia ……..……..… do dnia ……. .

…….

Podpis lekarza