

**OPINIA LEKARZA O OGRANICZONEJ MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA  
UCZNIĄ W ZAJĘCIACH Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

(na podstawie §5 ust. 1 Rozporządzenie MEN z dnia 10 czerwca 2015 r.

DzU z 2015 r., poz. 843)

Uczeń/Uczennica\* I Liceum Ogólnokształcącego w Rumi im. Książąt Pomorskich

..... urodzony/a  
.....

(data i miejsce)

w czasie zajęć z wychowania fizycznego jest zwolniony z wykonywania określonych  
ćwiczeń fizycznych:

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

o okresie od ..... do .....

Zaleca się: .....  
.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* niepotrzebne skreślić

Decyzja Dyrektora: .....

.....  
Data i podpis