

**ZWOLNIENIE LEKARSKIE
Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
ucznia Zespołu Szkół Nr 2 w Wałbrzychu**

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego - **całkowicie / częściowo** **

Przeciwwskazania: (zaznaczyć)

1. TRUCHT
2. BIEGI KRÓTKIE
3. BIEGI DŁUGIE
4. SKOKI
5. GIMNASTYKA
6. GRY ZESPOŁOWE
7. ĆWICZENIA SIŁOWE
8. WSZYSTKIE ĆWICZENIA
9. Inne

Podać rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

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

- od dnia do dnia

z powodu (podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej

Kod ICD 10)

Data wystawienia:

pieczęć przychodni (szpitala)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

DECYZJA O ZWOLNIENIU UCZNIA Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

zgoda / negatywnie *

.....
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Do wiadomości:

podpis wychowawcy :

podpis nauczyciela wf:

* **niepotrzebne skreślić** (formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub semestralnych powyżej 2 miesięcy niezdolności do ćwiczeń)