………………………………………………………… ……………………………………………………………….

*(pieczęć podmiotu (miejscowość i data)  
 przeprowadzającego badanie)*

OPINIA LEKARSKA

Na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczególnych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów   
i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 843 §5) w wyniku przeprowadzonego badania stwierdzam, że

……………………………………………………………………………………………….......  
*(imię i nazwisko)*

urodzony/a: …………………………… nr PESEL: ………………………………………….

zamieszkały/a: …………………………..……………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

ze względu na stan zdrowia wymaga zwolnienia w okresie od ………….. do ………………..   
z następujących ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………….... ………………………………………..  
 *(data wystawienia opinii) (pieczęć i podpis lekarza*

*ubezpieczenia zdrowotnego)*