



**ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ**  
**wychowania fizycznego / informatyki (tech. informacyjnej)\***  
**ucznia Liceum Ogólnokształcącego / Szkoły Podstawowej**  
**w Zespole Szkół im. Jana Pawła II w Sławkowie**

Imię i nazwisko ucznia .....

Klasa .....

Adres .....

**OPINIA LEKARZA**

*(opinię należy przedstawić dyrektorowi szkoły w ciągu 7 dni od daty wystawienia)*

**PRZECIWWSKAZANIA: (ZAZNACZYĆ)**

WSZYSTKIE ĆWICZENIA

lub

BIEGI KRÓTKIE

ĆWICZENIA SIŁOWE

BIEGI DŁUGIE

TRUCHT

SKOKI

Inne

GIMNASTYKA

.....

GRY ZESPOŁOWE

.....

Zwolnienie na okres od: ..... do: .....  
*(maksymalnie 21 dni wstecz od daty wystawienia opinii )*

.....  
*data wystawienia*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

.....  
*pieczętka poradni (szpitala)*

.....  
*data i podpis pielęgniarki szkolnej*

.....  
*podpis wychowawcy*

Zwalniam w/w ucznia z zajęć wychowania fizycznego / informatyki (tech.infor.)\* w okresie

.....

.....  
*data i podpis dyrektora szkoły*

\* - niepotrzebne skreślić