

**ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO  
ucznia Liceum Ogólnokształcącego Sióstr Urszulanek SJK w Pniewach**

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

.....

Data wystawienia: .....

pieczętka przychodni (szpitala)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

---

**DECYZJA O ZWOLNIENIU UCZNIĄ Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**zgoda / negatywnie \***

.....

(pieczętka i podpis dyrektora szkoły)

---

Do wiadomości:

podpis wychowawcy : ..... podpis nauczyciela wf: .....

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