



**ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA
FIZYCZNEGO**
ucznia/uczennicy Zespołu Szkół Mechanicznych nr 2

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy
Klasa zawód
Adres.....

1. Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego – **całkowicie**
- od dniado dnia
2. Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego – **częściowo**

Podać rodzaj ćwiczeń niedozwolonych:

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

Podać rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

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

- od dnia do dnia.....

Data wystawienia:

pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

podpis wychowawcy

podpis nauczyciela w-f

Na podstawie przedstawianych dokumentów:

Zwalniam / Nie zwalniam ucznia z zajęć wychowania fizycznego

Pieczętka i podpis dyrektora