

ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

ucznia Zespołu Szkół w Lipnicy, ul. Szkolna 4, 77 – 130 Lipnica

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)

.....

Data wystawienia:

.....
(pieczętka przychodni/szpitala)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

OPINIA LEKARSKA

Po przeprowadzeniu badań lekarskich ucznia/uczennicy

.....

data urodzeniar. klasa Zespołu Szkół w Lipnicy, stwierdzam, że stan zdrowia ucznia/uczennicy wymaga całkowitego/częściowego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego na okres

od do

Uczeń/uczennica w tym czasie nie powinien wykonywać na zajęciach z wychowania fizycznego następujących typów ćwiczeń*

1. ćwiczenia siłowe
2. ćwiczenia wytrzymałościowe
3. ćwiczenia zwinnościowe
4. ćwiczenia skocznościowe
5. ćwiczenia szybkościowe
6. pływanie rekreacyjne
7. gry zespołowe
8. gimnastyka
9. wszystkie ćwiczenia
10. inne

**(proszę o podkreślenie właściwych)*

Podstawą zwolnienia

jest.....

.....

W celu zapewnienia pomocy rehabilitacyjnej wnioskuję o skierowanie ucznia/uczennicy na ćwiczenia korekcyjne prowadzone w ramach pozalekcyjnych zajęć szkolnych,

z uwzględnieniem następujących ćwiczeń:

.....

.....

.....

.....

(pieczętka przychodni/szpitala)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)