



**ZWOLNIENIE LEKARSKIE  
Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO  
UCZNIA II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO W BĘDZINIE**

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 .....

- na okres I lub II semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres I roku szkolnego 20...../20.....

Z powodu (podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowania tajemnicy lekarskiej  
**Kod ICD 10**) .....

Data wystawienia: .....

pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

pieczętka i podpis dyrektora szkoły

podpis wychowawcy

podpis nauczyciela wf

\*właściwe zakreślić (formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub semestralnych powyżej 2 m-cy niezdolności do ćwiczeń)