

**ZWOLNIENIE LEKARSKIE
Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO UCZNIA
LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO IM. JOACHIMA LELEWELA W ŻELECHOWIE**

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego i basenu * - całkowicie, częściowo *

Przeciwwskazania: (zaznaczyć)

1. TRUCHT
2. BIEGI KRÓTKIE
3. BIEGI DŁUGIE
4. SKOKI GIMNASTYKA
5. GRY ZESPOŁOWE
6. ĆWICZENIA SIŁOWE
7. WSZYSTKIE ĆWICZENIA
8. Inne

Podać rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

.....
.....

- **od dnia** **do dnia**
- na okres **I** lub **II** semestru roku szkolnego **20.... / 20....**
- na okres roku szkolnego **20.... / 20....**

z powodu / podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej

Kod ICD 10

Data wystawienia:

.....
(pieczętka przychodni /szpitala)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

.....
(data i podpis pielęgniarki szkolnej)

*** właściwe zakreślić**

formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub semestralnych (powyżej 2 miesięcy niezdolności do ćwiczeń)