

Warszawa, dnia .....

## OPINIA LEKARSKA

Na podstawie art. 44 d i 44 zb pkt 2. ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2020 r. poz. 1327), § 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 10 czerwca 2015 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 843), § 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1534), § 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 373)

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

**Jest częściowo niezdolny** do ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

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

od ..... do .....

**Jest całkowicie niezdolny** do ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie:

od ..... do .....

## OPINIA LEKARZA:

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

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)