

ZWOLNIENIE CZĘŚCIOWE

OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ podczas zajęć wychowania fizycznego w formie klasowo-lekcyjnej ucznia Liceum Ogólnokształcącego Nr XII we Wrocławiu

zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych

IMIĘ I NAZWISKO: _____
PESEL: _____
ADRES: _____

Uczeń ze względów zdrowotnych **nie może realizować** wskazanych poniżej form ruchu:

zaznaczyć x

zaznaczyć x

TRUCHT		ĆWICZENIA SIŁOWE	
BIEGI KRÓTKIE		ĆWICZENIA FITNESS	
BIEGI DŁUGIE		GIMNASTYKA KOREKCYJNA	
SKOKI		TENIS STOŁOWY	
GIMNASTYKA		GRY ZESPOŁOWE	
WYCHOWANIE ZDROWOTNE – ĆWICZENIA TYPU CARDIO I AEROBOWE (NP.: MARSZ NORDIC WALKING; ĆWICZENIA NA ORBITREKACH; ĆWICZENIA IZOMETRYCZNE; ĆWICZENIA W ODCIĄŻENIU)			

Podać rodzaj ćwiczeń niedozwolonych, a nie wymienionych wyżej:

Okres zwolnienia z ćwiczeń wynosi od _____ do _____

Data wystawienia: _____

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

pieczętka i podpis lekarza

ZWOLNIENIE CAŁKOWITE

OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA
w zajęciach WYCHOWANIA FIZYCZNEGO / INFORMATYKI (niepotrzebne skreślić)
w formie klasowo-lekcyjnej
ucznia Liceum Ogólnokształcącego Nr XII we Wrocławiu

zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych

IMIĘ I NAZWISKO: _____
PESEL: _____
ADRES: _____

Uczeń ze względów zdrowotnych **nie może uczestniczyć** w zajęciach wychowania fizycznego.

Okres zwolnienia z zajęć wynosi od _____ do _____

Data wystawienia: _____

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

pieczętka i podpis lekarza