

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o niezdolności do ćwiczeń podczas zajęć wychowania fizycznego
ucznia Zespołu Szkół Nr 1 im K.K. Baczyńskiego
w Sokołowie Podlaskim

Imię i nazwisko ucznia.....

adres.....

klasa..... typ szkoły.....

Zaświadczam, iż:

**) odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem*

uczeń jest niezdolny do wykonywania niżej wymienionych ćwiczeń podczas zajęć wychowania fizycznego
opis przeciwwskazań (w odniesieniu do występującego schorzenia)

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

uczeń jest całkowicie niezdolny do ćwiczeń podczas zajęć wychowania fizycznego

od dnia..... do dnia.....

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

na okres roku szkolnego 20...../ 20.....

z powodu (podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej Kod ICD10)

.....

data wystawienia.....

pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza specjalisty