

**Opinia lekarska o ograniczonych możliwościach uczestnictwa ucznia  
w zajęciach wychowania fizycznego\***

1. Imię i nazwisko ucznia .....
2. PESEL .....
3. Klasa .....
4. Przeciwwskazania **(właściwe podkreślić)**

- marsze
- biegi krótkie
- biegi długie
- skoki
- gimnastyka
- gry zespołowe
- ćwiczenia siłowe
- wszystkie ćwiczenia

inne.....

5. Możliwe/zalecane formy aktywności ruchowej **(właściwe podkreślić)**

- marsze
- biegi krótkie
- biegi długie
- skoki
- gimnastyka
- gry zespołowe
- ćwiczenia siłowe

wszystkie ćwiczenia

inne.....

6. Powyższe ograniczenia należy stosować od dnia..... do  
dnia .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

(\*) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ 1) z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych. Na podstawie art. 44zb ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, 1560, 1669 i 2245)