

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA UCZNIA
z zajęć wychowania fizycznego
w Zespole Szkół Technicznych i Ogólnokształcących
im. Kazimierza Wielkiego w Busku – Zdroju

§ 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 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:

Klasa:

OPINIA LEKARSKA:

Zwolnienie:

- częściowe
- całkowite

OKRES ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO:
(termin od-do)

W przypadku zwolnienia częściowego
proszę o zaznaczenie niedozwolonych ćwiczeń lub dyscyplin sportowych

ĆWICZENIA Z ZAKRESU KULTURY FIZYCZNEJ, KTÓRYCH UCZEŃ NIE MOŻE WYKONYWAĆ:

- proszę zaznaczyć przeciwwskazania, ewentualnie podkreślić elementy wymienione w nawiasach

- ćwiczenia zwinnościowo - akrobatyczne (przewroty, stanie na rękach, przerzuty bokiem, mostek itp.);
- ćwiczenia kształtujące (skręty tułowia, opad tułowia, skłony, krążenie ramion, wymachy kończyn itp.);
- skoki gimnastyczne (przez kozła, skrzynię itp.) i ćwiczenia na równoważni;
- lekkoatletyka (biegi długie- powyżej 2 km, biegi średnie- powyżej 800m, sprinty- do 100m, skoki, rzuty itp.);
- gry zespołowe (piłka nożna, piłka siatkowa, piłka koszykowa, piłka ręczna i inne);
- pływanie;
- piesze wędrówki górskie;
- piesze wędrówki nizinne;
- inne (jakie?):

.....

.....

<p>.....</p> <p style="text-align: center;">(data)</p>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;">(pieczętka przychodni)</p>	<p>.....</p> <p style="text-align: center;">(podpis i pieczętka imienna lekarza)</p>
--	--	--