

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA
UCZNIA/UCZENNICZY ZESPOŁU SZKÓŁ SIÓSTR URSZULANEK SJK W PNIEWACH
O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH LUB O BRAKU MOŻLIWOŚCI
UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO*
W ROKU SZKOLNYM 20...../20.....**

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 (Dz. U. poz. 843).

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy: klasa:

adres:

Rozpoznanie lekarskie (opis):

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

Opinia lekarza:

Uczeń/Uczennica: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ może uczestniczyć w zajęciach WF zgodnie z wyznaczonymi poniżej ograniczeniami podejmowanych ćwiczeń (zwolnienie częściowe z WF)
- ☐ brak możliwości uczestniczenia ucznia/uczennicy w zajęciach WF (zwolnienie całościowe)

przez okres: od dnia: do dnia:

Opinia lekarza o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia/uczennicę ćwiczeń:

Przeciwwskazania: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ biegi krótkie,
☐ biegi długie (wytrzymałościowe),
☐ ćwiczenia skocznościowe,
☐ przetoczenia, przewroty,
☐ stanie na RR,
☐ ćwiczenia obciążające poszczególne partie mięśniowe (proszę wymienić):

.....
.....

- ☐ inne:

CZY UCZEŃ/UCZENNICA MOŻE UCZESTNICZYĆ W ZAJĘCIACH NORDIC WALKING?

- ☐ TAK
☐ NIE

Dodatkowe wskazania lekarskie:

.....

Data wystawienia:



(pieczętka przychodni / szpitala)



(pieczętka i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić (formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub powyżej 2 miesięcy niezdolności do ćwiczeń)

DECYZJA NR/20.....

O ZWOLNIENIU UCZNIA/UCZENNICY Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

pozytywna / negatywna*



(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Zwolnienie całościowe z zajęć WF nie zwalnia ucznia/uczennicy z obowiązku obecności na ww. zajęciach.

Do wiadomości:



(podpis wychowawcy klasy)



(podpis nauczyciela WF)

* niepotrzebne skreślić