



Organizacja Narodów  
Zjednoczonych do Spraw  
Oświaty, Nauki i Kultury



Polskie  
Szkoły Stowarzyszone  
w UNESCO

## Gimnazjum Międzynarodowego Partnerstwa z Oddziałami Dwujęzycznymi w Wieprzu

### OPINIA LEKARSKA

1. Imię i nazwisko ucznia.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....  
.....

4. Na podstawie badań lekarskich wnioskuję o zwolnienie ucznia z zajęć  
wychowania fizycznego:

- częściowo.....
- całkowicie.....
- z jakich ćwiczeń.....

5. Proszę określić termin niezdolności do zajęć z wychowania fizycznego:

- cały rok szkolny    tak    nie
- jeden semestr    tak    nie
- inne.....

.....  
Data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

### 6. Decyzja Dyrektora Szkoły

Na podstawie opinii lekarskiej z dnia ..... - zwalnięm .....  
(częściowo/całkowicie/z ćwiczeń)

Ucznia klasy.....  
(imię i nazwisko)

Na okres.....  
(podać czas niezdolności do udziału w zajęciach wf)

.....  
(Data)

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

#### Sekretariat szkoły:

34-382, ul. Szkolna 800

telefon: +48 601 283 483

tel./fax. +48 33 8676 906

e-mail: [gimnazjum@konto.pl](mailto:gimnazjum@konto.pl)

<http://gimnazjum.konto.pl>

#### Dyrektor szkoły:

Wiesław Sylwester Jakubiec

[scwbeskidy@gmail.com](mailto:scwbeskidy@gmail.com)