

.....  
/pieczętka szkoły/

Gliwice, dnia,.....

**DRUK ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO  
Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO  
W ROKU SZKOLNYM .....**

Nazwisko i imię ucznia .....

Termin zwolnienia z WF-u .....

Przyczyna zwolnienia ucznia .....

**UWAGI**

Uczeń zdolny do ćwiczeń z ograniczeniami / proszę o podanie ćwiczeń  
których uczeń nie może wykonywać/

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

Uczeń całkowicie nie zdolny do ćwiczeń fizycznych

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

.....  
/pieczętka przychodni, gabinetu lekarskiego/

.....  
/pieczętka lekarza/