

LO św. Marii Magdaleny w Poznaniu  
ul. Garbary 24  
Tel 61- 52 77 05

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Uczennica/Uczeń.....

1. jest **częściowo niezdolna/y** do udziału w lekcjach wychowania fizycznego tzn. posiada przeciwwskazania do wykonywania następujących ćwiczeń/zadań ruchowych:

.....  
.....

2. jest **całkowicie niezdolna/y** do udziału w zajęciach wychowania fizycznego w czasie:

od.....do.....

Diagnoza:.....

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

data.....

LO św. Marii Magdaleny w Poznaniu  
ul. Garbary 24  
Tel 61- 52 77 05

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Uczennica/Uczeń.....

1. jest **częściowo niezdolna/y** do udziału w lekcjach wychowania fizycznego tzn. posiada przeciwwskazania do wykonywania następujących ćwiczeń/zadań ruchowych:

.....  
.....

2. jest **całkowicie niezdolna/y** do udziału w zajęciach wychowania fizycznego w czasie:

od.....do.....

Diagnoza:.....

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

data.....