…………………………………………….

/miejscowość i data/

**OPINIA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH**

**WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię …………………………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………………… Pesel……………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………

W związku z §4 ust.1/ust.2\* rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów

i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. 2023 poz. 2572) opinię o ograniczonych możliwościach/braku możliwości\* uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia ……………….. do dnia………………………..

Wyżej wymienione ograniczenia powodują całkowitą/częściową\* niezdolność w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

/niezdolność do uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego.\*

……………………………………..

/podpis i pieczęć lekarza/

\*niepotrzebne skreslić