

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

**Dyrektor
Zespołu Szkół Centrum Edukacji
im. Ignacego Łukasiewicza
09-400 Płock, Al. F. Kobylińskiego 25**

ZAŚWIADCZENIE

Uczeń / uczennica * klasy V Liceum Ogólnokształcącego / Technikum* w Zespole Szkół Centrum Edukacji im. Ignacego Łukasiewicza w Płocku

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
imię i nazwisko ucznia

zwolniony z wykonywania następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego
.....
.....
proszę podać rodzaj ćwiczeń

w okresie:
➤ od dnia do dnia
➤ na okres I / II * semestru roku szkolnego
➤ na okres roku szkolnego

zwolniony z realizacji zajęć wychowania fizycznego
w okresie:
➤ od dnia do dnia
➤ na okres I / II * semestru roku szkolnego
➤ na okres roku szkolnego

z powodu
proszę podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej

właściwe zaznaczyć
*** niepotrzebne skreślić**

.....
podpis i pieczęć uprawnionego lekarza