Data .............................................................

*pieczątka przychodni*

**OPINIA O OGRANICZONEJ MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO / INFORMATYKI\***

## Podstawa prawna § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22.02.2019r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2019r., poz. 373).

Uczennica/uczeń\* II Liceum Ogólnokształcącego im. M. Kopernika w Cieszynie ..................................................................................................................................................., urodzona/y dnia ........................................................................................................................ nie może wykonywać żadnych ćwiczeń / następujących ćwiczeń\* ………………………….. .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................... w okresie od .................................................. do ................................................................... .

Zaleca się: .............................................................................................................. .................................................................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………………. .

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

*pieczątka i podpis lekarza*