



# ZESPÓŁ SZKÓŁ GASTRONOMICZNO-HOTELARSKICH

Technikum Gastronomiczno-Hotelarskie nr 2

im. prof. Stanisława Bergera

Branżowa Szkoła I Stopnia nr 20

im. prof. Stanisława Bergera

## ZWOLNIENIE LEKARSKIE

### Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

UCZNIĄ ZESPOŁU SZKÓŁ GASTRONOMICZNO- HOTELARSKICH

W WARSZAWIE

(wypełnia uczeń)

Imię i nazwisko ucznia.....

Klasa.....

Adres.....

(wypełnia lekarz)

1. Uczeń ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

.....  
.....

2. Uzasadnienie, opinia całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

.....  
.....

3. Uczeń jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego:

- na okres I roku szkolnego 20...../20.....
- na okres II roku szkolnego 20...../20.....
- na okres całego roku szkolnego 20...../20.....
- w okresie od..... do.....

4. Uczeń może\*/ nie może uczestniczyć w praktycznej nauce zawodu.

Miejscowość, data.....

.....

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....

(pieczęć i podpis) lekarza)

\*niepotrzebne skreślić