

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA UCZNIA
z zajęć wychowania fizycznego i zajęć sportowo-rekreacyjnych
w Zespole Szkół Technicznych i Ogólnokształcących
im. Kazimierza Wielkiego w Busku – Zdroju

Podstawa prawna: § 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 1122)

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

OPINIA LEKARSKA:

Zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego i
 innych zajęć ruchowych:

- ☐ częściowe
- ☐ całkowite

OKRES ZWOLNIENIA LEKARSKIEGO:
 (termin od-do)

W przypadku zwolnienia częściowego
proszę o zaznaczenie niedozwolonych ćwiczeń lub dyscyplin sportowych

ĆWICZENIA Z ZAKRESU KULTURY FIZYCZNEJ, KTÓRYCH UCZEŃ NIE MOŻE WYKONYWAĆ:

- proszę zaznaczyć przeciwwskazania, ewentualnie podkreślić elementy wymienione w nawiasach

- ☐ ćwiczenia zwinnościowo - akrobatyczne (przewroty, stanie na rękach, przerzuty bokiem, mostek itp.);
- ☐ ćwiczenia kształtujące (skręty tułowia, opad tułowia, skłony, krążenie ramion, wymachy kończyn itp.);
- ☐ skoki gimnastyczne (przez kozła, skrzynię itp.) i ćwiczenia na równoważni;
- ☐ lekkoatletyka (biegi długie- powyżej 2 km, biegi średnie- powyżej 800m, sprinty- do 100m, skoki, rzuty itp.);
- ☐ gry zespołowe (piłka nożna, piłka siatkowa, piłka koszykowa, piłka ręczna i inne);
- ☐ pływanie;
- ☐ piesze wędrówki górskie;
- ☐ piesze wędrówki nizinne;
- ☐ inne (jakie?):

.....

.....

..... (data wystawienia)	 (pieczęć poradni / Zakładu Opieki Zdrowotnej)	 (podpis i pieczęć imienna lekarza)
-----------------------------	--	---