

.....  
Pieczęć zakłady opieki zdrowotnej

.....  
miejscowość, data

**Dyrektor  
Publicznej Szkoły Podstawowej nr 1  
im. Bolesława Chrobrego w Radomsku  
97-500 Radomsko, ul. Piastowska 17**

### ZAŚWIADCZENIE

Uczeń / uczennica \* klasy ..... Publicznej Szkoły Podstawowej nr 1 im. Bolesława Chrobrego  
w Radomsku

.....  
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 20...../20.....
- na okres roku szkolnego 20...../20.....

- zwolniony z realizacji zajęć wychowania fizycznego

w okresie:

- od dnia ..... do dnia .....
- na okres I / II \* semestru roku szkolnego 20...../20.....
- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu

.....  
proszę podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej

- właściwe zaznaczyć

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
podpis i pieczęć uprawnionego lekarza