

**OPINIA LEKARZA O OGRANICZONEJ MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA
UCZNIA W ZAJĘCIACH Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

(na podstawie §5 ust. 1 Rozporządzenie MEN z dnia 10 czerwca 2015 r.

Dz. U z 2015 r., poz. 843)

Uczeń/Uczennica I Liceum Ogólnokształcącego im. Adama Asnyka w Kaliszu

..... klasa

w czasie zajęć wychowania fizycznego jest zwolniona/y z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych (właściwie zaznaczyć np. tak)

1. Biegi krótkodystansowe (100 m)	tak	nie
2. Biegi długodystansowe (800 m)	tak	nie
3. Skok w dal	tak	nie
4. Skok wzwyż	tak	nie
5. Pchnięcie kulą	tak	nie
6. Koszykówka	tak	nie
7. Siatkówka	tak	nie
8. Piłka ręczna	tak	nie
9. Ćwiczenia wzmacniające	tak	nie
10. Gimnastyka: stanie na rękach	tak	nie
Przewroty	tak	nie
Skok kuczny przez skrzynię	tak	nie
Układ na równoważni	tak	nie
11. Rozgrzewka	tak	nie
12. Inne	tak	nie

Intensywność

Inne uwagi i zalecenia do pracy z uczniem na zajęciach WF:

.....

.....

Opinię wydaje się na okres od do

.....
(pieczętka i podpis lekarza)