

## INFORMACJA OD LEKARZA O ZDOLNOŚCI DO AKTYWNEGO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

W trosce o zdrowie uczniów naszego liceum prosimy Państwa  
o uzupełnienie poniższych informacji

Uczennica/uczeń.....  
nazwisko i imię, PESEL

**może** brać udział w zajęciach:

*(prosimy zaznaczyć krzyżykiem w kwadracie obok typu zajęć, w których)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nordic walking  | <input type="checkbox"/> w żadnych z wymienionych |
| <input type="checkbox"/> tenisa stołowego  |   |
| <input type="checkbox"/> tanecznych  |   |
| <input type="checkbox"/> lekkoatletycznych   |   |
| <input type="checkbox"/> gimnastycznych  |   |
| <input type="checkbox"/> na siłowni  |   |
| <input type="checkbox"/> na rolkach/tyżwach  |   |
| <input type="checkbox"/> na skakankach   |   |
| <input type="checkbox"/> z gier zespołowych (piłka nożna, koszykówka, piłka siatkowa i ręczna) |   |

Uczennica/uczeń może uczestniczyć w wyżej wymienionych zajęciach, ale bez wykonywania następujących czynności, lub obciążania następujących partii ciała *(prosimy wymienić zalecenia)*: .....

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

Powyższe zalecenia obowiązują do *(data)* .....

.....  
pieczęć przychodni

.....  
podpis i pieczęć lekarza