

Poznań, dnia .....

.....  
*pieczęć przychodni*

## **Orzeczenie lekarskie**

Nazwisko i imię ..... data urodzenia .....

PESEL .....

Adres .....

Rozpoznanie .....

.....

.....

Zalecenia (określić zakres czasowy) .....

.....

.....

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*

Poznań, dnia .....

.....  
*nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego*

.....  
*miejsce zamieszkania*

Dyrektor  
XIV Liceum Ogólnokształcącego  
im. Kazimierza Wielkiego  
os. Piastowskie 106  
61-164 POZNAŃ

Proszę o zwolnienie mojej córki/mojego syna\* .....  
uczennicy/ucznia\* klasy .....z zajęć wychowania fizycznego  
w okresie od ..... do ..... z uwagi na stan zdrowia.

Załączam zaświadczenie lekarskie z dnia .....

.....  
*podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Proszę o zwolnienie z obecności na zajęciach wychowania fizycznego w przypadku, gdy zajęcia przypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej (w planie klasy w danym dniu).

Jednocześnie oświadczam, że w takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

.....  
*podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

\* - niepotrzebne skreślić