

.....

....., dnia

Pieczęć zakładu
opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Uczeń klasy Zespołu Szkół Muzycznych im. Michała Spisaka w Dąbrowie Górniczej

.....

/imię i nazwisko ucznia, data urodzenia/

Jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego

- od dnia do dnia
- na okres I lub II półrocza roku szkolnego
- na okres I roku szkolnego *

Opinia lekarza w zakresie możliwości realizacji zajęć **

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

* właściwe zakreślić

** Zgodnie z § 5 Rozporządzeniem Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 28 sierpnia 2019 r.
w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów w publicznych szkołach artystycznych
(Dz.U. z 2019 r. poz. 1674)