

Znak

....., dnia
(Miejscowość)

WNIOSEK

Uczeń/uczennica
(Imię i Nazwisko)

1) Może ćwiczyć z ograniczeniami od do

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

2) Jest zwolniony całkowicie z zajęć wychowania fizycznego

od do

OPINIA LEKARZA

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

.....
(Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

.....
(Imię i nazwisko rodzica / opiekuna)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Nr telefonu)

Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego w roku szkolnym/.....

Na podstawie paragrafu 4 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2019r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów egzaminów w szkołach publicznych (Dz.U. 2019 poz. 373) oraz zaświadczenia lekarskiego, proszę o zwolnienie

..... ucznia/uczennicy* klasy.....z zajęć
(imię i nazwisko ucznia)

wychowania fizycznego w okresie od do

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

*niepotrzebnie skreślić

Zwolnienie

W związku ze zwolnieniem syna/córki*, ucznia/uczennicy kl. w okresie od do z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej* lekcji:

.....
(wypisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna)

.....
(data, czytelny podpis wychowawcy)

* niepotrzebne skreślić