………………………………., dnia ……………….

Pieczęć szkoły

**ZWOLNIENIE UCZNIA Z WYKONYWANIA
OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Dyrektor szkoły zwalnia ucznia/uczennicę kl. ……… …………………………………………………………

 (imię, nazwisko ucznia/uczennicy)

z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego
na podstawie opinii lekarza o ograniczonych możliwościach wykonywania ćwiczeń fizycznych przez ucznia/uczennicę na zajęciach wychowania fizycznego na czas określony od dnia ……………………………………………….. roku do dnia ………………….……….................. roku.

***Podstawa prawna:*** *§ 5 ust.1**rozp. MEN z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (poz. 843).*

 ……………………………………………………..

 Dyrektor szkoły

Załącznik: opinia lekarza

Otrzymują:

uczeń/rodzice ucznia:

………………………………., dnia ……………….

Pieczęć szkoły

**ZWOLNIENIE UCZNIA Z REALIZACJI
 ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Dyrektor szkoły zwalnia ucznia/uczennicę kl. ……… …………………………………………………………

 (imię, nazwisko ucznia/uczennicy)

z realizacji zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii lekarza o braku możliwości uczestniczenia ucznia/uczennicy w zajęciach wychowania fizycznego na czas określony
od dnia …………………………………………. roku do dnia ………………….…………………….. roku.

***Podstawa prawna:*** *§ 5 ust.2**rozp. MEN z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (poz. 843).*

 ……………………………………………………..

 Dyrektor szkoły

Załącznik: opinia lekarza

Otrzymują:

uczeń/rodzice ucznia:

*Gorzów Wlkp., dnia ………………………………..*

*Imię i nazwisko, adres*

*rodzica (opiekuna prawnego),*

*Dyrektor*

*IV Liceum Ogólnokształcącego*

*im. T. Kotarbińskiego*

*w Gorzowie Wlkp.*

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO.

Proszę o zwolnienie syna/córki …………………………………………………………….…

ucznia/uczennicy klasy ………………..……… z zajęć wychowania fizycznego /

wykonywania określonych ćwiczeń: …………………………………………………w okresie

od dnia ……………….……….. do dnia ……………………….. z powodu:

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… .

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

…………………………………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego

*Imię i nazwisko ucznia/uczennicy (pełnoletniego)*

*Klasa*

*Adres*

*Dyrektor*

*IV Liceum Ogólnokształcącego*

*im. T. Kotarbińskiego*

*w Gorzowie Wlkp.*

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO.

Proszę o zwolnienie mnie z zajęć wychowania fizycznego / wykonywania określonych ćwiczeń: ……………………………………………………………………………... w okresie

od dnia ……………….……….. do dnia ……………………….. z powodu:

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………… .

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

…………………………………………..

podpis ucznia/uczennicy(pełnoletniego)

*Gorzów Wlkp., dnia ………………………………..*

*Imię, nazwisko, adres*

*rodzica (opiekuna prawnego)*

*Dyrektor*

*IV Liceum Ogólnokształcącego*

*im. T. Kotarbińskiego*

*w Gorzowie Wlkp.*

W związku ze zwolnieniem syna/córki ………………………………………………….

ucznia/uczennicy klasy ……………………………….. z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na ww. zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

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

 ……………………………………….

 ( podpis rodzica – opiekuna )