

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

(imię, nazwisko, adres)

Żory

Dyrektor
Technikum nr 1
im. Mikołaja Kopernika w Żorach

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/ mojej córki*

.....
(nazwisko i imię)
ur., ucznia/uczennicy* klasy.....z zajęć wychowania fizycznego
w okresie : od dnia.....do dnia.....
z powodu

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
(nazwisko i imię)

biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/ córki* w tym czasie poza terenem szkoły. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/ zostałam poinformowany/a, iż podczas trwania lekcji z wyżej wymienionego przedmiotu uczeń ma możliwość uczestniczenia w innych formach zajęć na terenie szkoły.

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)

W sprawie zwolnienia ucznia z nauki wychowania fizycznego

Na podstawie § 4ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26.02.2019 r.
w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych
oraz na podstawie opinii lekarskiej z dnia o ograniczonych
możliwościach uczestniczenia w tych zajęciach

zwalniam w/w ucznia/ uczennicę

z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych/ realizacji zajęć wychowania fizycznego*

Dyrektor Szkoły

*niepotrzebne skreślić