………………………………………... Częstochowa, ………………….....

imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna data

……………………………………..…

adres zamieszkania

……………………………………..…

Sz. P.

…………………….….……….......................

Dyrektor

…………………………………......................

Zwracam się do Pani/Pana z prośbą o zwolnienie (na podstawie zaświadczenia lekarskiego) mojego syna/córki ………………………………… uczennicy/ucznia klasy ……………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ……………………… do …………………… ze względu na ograniczone możliwości uczestnictwa w tych zajęciach.

…………………………………

data i podpis

Zaświadczenie lekarskie:

(opinia o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego oraz czas jej obowiązywania a także wskazanie stopnia trudności i intensywności ćwiczeń w dostosowaniu do aktualnej sprawności fizycznej i wydolności ucznia – w oparciu o zapisy zawarte w rozporządzeniu MEN z dnia z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych Dz. U. 2007r. nr 83 poz. 562 z późn. zm. oraz rozporządzenia MENiS z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach Dz. U. z 2003r. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.)\*.

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………..

Data, podpis i pieczęć lekarza

……………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Decyzja dyrektora

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody ....................................................................

Niewłaściwe skreślić

Data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły