

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres, telefon)

**Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego
im. Króla Jana III Sobieskiego
w Wejherowie**

Na podstawie na podstawie §5 Rozporządzenia MEN w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych z dnia 10 czerwca 2015, Dz. U. nr 843 z dnia 18 czerwca 2015 r.)

zwracam się z prośbą o zwolnienie córki / syna *..... z ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego wskazanych w opinii lekarza w okresie od do

Równocześnie proszę o zwolnienie mojego dziecka z obecności w miejscu odbywania się tych zajęć na pierwszej i ostatniej godzinie lekcyjnej, biorąc pełną odpowiedzialność za jego bezpieczeństwo.

.....
(podpis rodzica)

W załączeniu:

Opinia lekarza o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach z wychowania fizycznego (podanie należy złożyć w sekretariacie najpóźniej do tygodnia po uzyskaniu opinii lekarza)

* niepotrzebne skreślić

.....
Data

Pieczętka przychodzi

**OPINIA LEKARZA O OGRANICZONEJ MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA
UCZNIĄ W ZAJĘCIACH Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

(na podstawie §5 Rozporządzenia MEN w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych z dnia 10 czerwca 2015, Dz. U. nr 843 z dnia 18 czerwca 2015 r.)

Uczeń/uczennica I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Jana III Sobieskiego w Wejherowie

..... urodzony/a
(imię i nazwisko) (data i miejsce)

w czasie zajęć z wychowania fizycznego nie może wykonywać następujących ćwiczeń :

.....
o okresie od do

zaleca się :

.....
(pieczętka i podpis lekarza)