

Imię nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego:

Ożarów Mazowiecki, dnia.....

.....

Imię nazwisko ucznia:

.....

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 1
im. J. Kusocińskiego
w Ożarowie Mazowieckim

Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojej córki / mojego syna*:

..... ucznia/ uczennicy* klasy.....

w okresie :

- od dnia20.....r do dnia20.....r
- na okres pierwszego/ drugiego* semestru roku szkolnego 20..../ 20....
- w roku szkolnym 20..../ 20....
- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych/ ze wszystkich ćwiczeń fizycznych* na podstawie opinii lekarza załączonej do wniosku.

.....
(podpis rodzica /opiekuna prawnego)

***nie potrzebne skreślić**

Wypełnia szkoła:

Przyjęto opinię lekarską z dnia

Podpis wychowawcy

Podpis nauczyciela WF

Decyzja Dyrektora Szkoły

Zwalniam ucznia z zajęć wychowania fizycznego w zakresie i na czas określony w załączonej opinii lekarskiej i przychylam się do wniosku na podst. § 4. pkt 1 i 2 Rozporządzenia MEN z dnia 3 sierpnia 2017 r., w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych. (Dz. U. z dnia 16 sierpnia 2017 r., poz. 1534).

.....

Dane rodziców/prawnych opiekunów:

Ożarów Mazowiecki, dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres

.....

Dyrektor

Szkoły Podstawowej nr 1 im. J. Kusocińskiego
w Ożarowie Mazowieckim

W związku ze zwolnieniem mojego syna/ mojej córki*
ucznia/ uczennicy* klasy 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 pierwszych lub ostatnich lekcjach:

.....
należy wpisać dni tygodnia i godziny zajęć

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

Przyjmuję do wiadomości, że podczas zwolnienia syn/ córka* nie może przebywać na terenie
szkoły.

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis rodzica /opiekuna prawnego)