Imię nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego:

……

Imię nazwisko ucznia:

……

Ożarów Mazowiecki, dnia.....

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 dnia ……..20……..r do dnia ……20…….r
- na okres pierwszego/ drugiego* półrocza 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)