

Kalisz, dnia

DANE RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

Nazwisko i imię:

Adres:.....

.....

Siostra Dyrektor
Szkoły Podstawowej / Gimnazjum *
Siostr Nazaretanek w Kaliszu

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Dotyczy (imię i nazwisko).....

ucz. klasy szkoły:

Na podstawie: właściwe zaznaczyć

X

opinii lekarskiej o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia określonych ćwiczeń fizycznych
(np. jeśli tylko zwolnienie z basenu) **proszę o zwolnienie mojego dziecka** z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

opinii lekarskiej o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach z wychowania fizycznego (zwolnienie całościowe)
proszę o zwolnienie mojego dziecka z realizacji zajęć wychowania fizycznego

od dnia do dnia

Zgodnie z obowiązującym prawem oświatowym w załączeniu przedkładam opinię lekarską będącą podstawą uzyskania takiego zwolnienia.

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

OPCJONALNIE; WYPEŁNIĆ WG UZNANIA RODZICA W PRZYPADKU - GDY UCZEŃ JEST ZWOLNIONY Z ZAJĘĆ NA BASENIE LUB W PRZYPADKU ZWOLNIENIA CAŁOŚCIOWEGO - KIEDY ZAJĘCIA ODBYWAJĄ SIĘ NA PIERWSZEJ LUB OSTATNIEJ LEKCJI DLA KLASY W DANYM DNIU

Jednocześnie zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na zajęciach WF w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji i oświadczam, iż w tym czasie biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo córki / syna*.

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

.....
(miejsowość, data)

OPINIA LEKARZA

Podstawa prawna:

1. art. 44d Ustawa o Systemie Oświaty
2. § 5 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych

Niniejszym zaświadcza się, że uczeń/uczennica*

.....
(nazwisko i imię)

Należy wypełnić właściwą opcję:

* nie ma możliwości realizacji zajęć WF z powodu

.....
i w związku z tym kwalifikuje się do całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

** ma ograniczone możliwości udziału w zajęciach wychowania fizycznego z powodu

.....
i w związku z tym kwalifikuje się do zwolnienia z wykonywania na zajęciach wychowania fizycznego poniżej wymienionych ćwiczeń fizycznych (zgodnie z obowiązującym prawem należy je wymienić):

.....
.....
.....
Inne uwagi i zalecenia do pracy z uczniem na zajęciach WF:
.....
.....

Opinię wydaje się na okres czasu: od do

.....
(pieczęć i podpis lekarza)