

Data

Imię nazwisko opiekuna::

.....

Imię nazwisko ucznia:

.....

Do Dyrektora

XI Liceum Ogólnokształcącego

im. Mikołaja Reja

w Warszawie

Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego ucznia
.....w okresie :

- od dnia20....r do dnia20....r
- na okres pierwszego/ drugiego¹ semestru roku szkolnego 20.../ 20....
- na okres jednego roku szkolnego 20.../ 20....
- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych/ ze wszystkich ćwiczeń fizycznych² na podstawie opinii lekarza załączonej do wniosku.

.....

(podpis rodzica/ucznia pełnoletniego)

Przyjęto opinię lekarską
(pielęgniarka szkolna)

Podpis wychowawcy

Podpis nauczyciela WF

Decyzja Dyrektora Szkoły

Zwalniam ucznia z realizacji zajęć z wychowania fizycznego na podstawie opinii wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii, w zakresie ujętym w opinii. Przychylam się do wniosku na podstawie par. 4, pkt 1, 2 Rozporządzenia MEN z dnia 03 sierpnia 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 1534).

.....

¹ Właściwie podkreślić

² Właściwie podkreslić