

**WNIOSEK
O ZWOLNIENIE UCZNIA/UCZENNICY
Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Wnioskodawca

.....dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

**Dyrektor
Katolickiej Szkoły Podstawowej im. Św. Jana Bosko
ul. Armii Krajowej 19
97-300 Piotrków Trybunalski**

W N I O S E K

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego ucznia / uczennicę klasy

.....
klasa, imię i nazwisko ucznia / uczennicy

na podstawie opinii wydanej przez lekarza (w załączeniu) .

.....
podpis wnioskodawcy

.....
czytelny podpis wychowawcy klasy

.....
czytelny podpis nauczyciela wf

Załącznik: opinia lekarska

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Jeżeli lekcje wf odbywają się jako ostatnie godziny lekcyjne, proszę o zwolnienie z zajęć syna / córki, który / która może samodzielnie wrócić do domu.

Jeżeli lekcje wf odbywają się jako pierwsze godziny lekcyjne, informuję, że syn / córka nie będzie uczestniczyć w zajęciach i będzie przychodzić na kolejne następne po wf lekcje.

Biorę całkowitą odpowiedzialność za jego /jej bezpieczeństwo i zachowanie poza szkołą.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

ZWOLNIENIE LEKARSKIE
Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO UCZNIA / UCZENNICY
w Katolickiej Szkole Podstawowej im. Św. Jana Bosko
w Piotrkowie Trybunalskim

Imię i nazwisko ucznia / uczennicy

klasa

adres

1. Uczeń / uczennica ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

.....
.....
.....
.....

2. Uczeń / uczennica jest zwolniony/-a z zajęć wychowania fizycznego

- na okres I semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres II semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres całego roku szkolnego 20...../20.....

z powodu (podać diagnozę schorzenia – kod ICD-10)

.....
.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
pieczęć i podpis lekarza