Katowice, dnia …………………………….

PODANIE

Dane osobowe rodziców/opiekunów

………………………………………….…

……………………………………………

……………………………………………

**Dyrektor**

**X Liceum Ogólnokształcącego**

**im. I. J. Paderewskiego Akademickiego**

**w Katowicach**

Zwracamy się z prośbą o zwolnienie córki/syna …………….……………………………………………….   
ucznia klasy ………. z zajęć wychowania fizycznego z powodu otrzymania zwolnienia lekarskiego na okres   
od ……………………….. do ……………………….. (załącznik nr 1). Ponadto, prosimy również   
o zwolnienie z obowiązku biernego uczestnictwa naszego dziecka na lekcjach WF na podstawie opinii   
o całkowitym zwolnieniu z zajęć wychowania fizycznego wydanej przez lekarza na czas określony w tej opinii (jeżeli zajęcia odbywają się na pierwszej lub ostatniej lekcji).

Jednocześnie oświadczamy, że bierzemy całkowitą odpowiedzialność za dziecko w czasie jego nieobecności na planowych zajęciach z tego przedmiotu.

Data…………………… Podpis rodziców/opiekunów:

……………………………………………….

**Decyzja Dyrektora szkoły**

**Zwalniam / Nie zwalniam**

……………………………………………………

Data, pieczątka i podpis dyrektora

Załącznik nr 1 X liceum Ogólnokształcące

im. I. J. Paderewskiego Akademickie w Katowicach

 ul. Karola Miarki 6  
    40-224 Katowice

………………………………………….

miejscowość, data

Uczeń ………………………………………………………………………………… lat ………

imię i nazwisko

1. **⃰**Jest zwolniony z wykonywania niektórych rodzajów ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego w okresie

od ………………………… do …………………….. z powodu ograniczonych możliwości wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń lub rodzaju ćwiczeń

(§5.1.rozporządzenia):………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ⃰Jest całkowicie zwolniony z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od ………………………………. do ………………………………...

z powodu braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach

(§5.2. rozporządzenia).

……………………………………………… …………………………………………………

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej) (pieczęć i podpis lekarza)