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)