

Wyrzysk, dnia .....

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres zamieszkania

.....  
klasa

**Dyrektor  
Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego  
w Wyrzysku**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego z powodu ograniczeń zdrowotnych w okresie pierwszego semestru<sup>1)</sup>, drugiego semestru<sup>1)</sup> całego roku szkolnego<sup>1)</sup>.  
(<sup>1)</sup> odpowiednie zaznacz)

.....  
*W celu całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego wymagane jest zwolnienie lekarza specjalisty (kardiolog, dermatolog, ginekolog, ortopeda, itp.) Nie dotyczy to przypadków gdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiada taką dokumentację od lekarza specjalisty.*

.....  
Podać nazwę dokumentu potwierdzającego fakt zwolnienia z zajęć:

.....  
Wypełnia Rodzic (Opiekun prawny)

.....  
Czy syn/ córka był/ była zwolniony/ zwolniona z zajęć wychowania fizycznego w poprzednim roku szkolnym.

**T A K                      N I E**  
(odpowiednie zaznacz)

.....  
podpis rodzica

.....  
podpis ucznia

**Decyzja dyrektora:**

.....  
podpis i pieczęć dyrektora

Po złożeniu wniosku decyzję należy odebrać w sekretariacie szkoły w ciągu 7 dni od daty złożenia

