

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 semestru¹⁾, drugiego semestru¹⁾ całego roku szkolnego¹⁾.
(¹⁾ 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

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

Dyrektor
Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego
w Wyrzysku

W związku ze zwolnieniem syna/córki *

(imię i nazwisko)

.....
nia/uczennicy klasy z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie
syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy odbywają się one
pierwszej/ostatniej lekcji.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki
na czasie poza terenem szkoły.

.....
(czytelny podpis rodzica)

ja dyrektora szkoły:

.....
dam zgodę/nie wyrażam zgody*

.....
: W czasie gdy uczeń jest zwolniony, nie może przebywać na terenie szkoły

.....
(podpis dyrektora szkoły)

.....
bne skreślić