Warszawa, dnia ……………….………

Dane Rodziców

Nazwisko…………………………………..……………

Imię………………………………..…………………….

Adres…………………………..……………………….

………………………………………..…………………

Pani Grażyna Dobrzyńska-Klepacz

Dyrektor

Zespołu Szkół Fototechnicznych

w Warszawie

**PODANIE O ZWOLNIENIE UCZNIA**

**z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych
lub z realizacji zajęć wychowania fizycznego**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/córki\*

………………………………………………………………………… klasa ………………

   z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach
       wychowania fizycznego na podstawie opinii o ograniczonych
 możliwościach wykonywania przez syna/córkę\* tych ćwiczeń
 wydanej przez lekarza

   z realizacji zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii
 o braku możliwości uczestniczenia syna/córki\* w tych zajęciach
 wydanej przez lekarza,

w okresie od dnia................................... do dnia .....................................................

W załączeniu przedstawiam **opinię lekarza** zgodne z Rozporządzeniem MEN
z dnia 3 sierpnia 2017 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 1534) w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (§ 4 ust. 1 i 2)

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

Podpis rodzica

\* niepotrzebne skreślić