Warszawa, dnia …………………….

Nazwisko……………………………………………

Imię……………………………………………………

Klasa ……………………………………………

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 mnie

   z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach   
       wychowania fizycznego, na podstawie opinii o ograniczonych   
 możliwościach wykonywania tych ćwiczeń wydanej przez lekarza

   z realizacji zajęć wychowania fizycznego, na podstawie opinii o braku   
 możliwości uczestniczenia 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

\* właściwe zaznaczyć