

Warszawa, dnia

Dane Rodziców

Nazwisko.....

Imię.....

Adres.....

.....

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