

Tomaszów Mazowiecki, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
klasa

**Dyrektor
Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 3
im. Jana Pawła II
w Tomaszowie Mazowieckim**

Proszę o zwolnienie ur.

imię i nazwisko

ucznia / uczennicy klasy, z zajęć wychowania fizycznego:

- od dnia do dnia.....)*

- na okres I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....)*

- na okres II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....)*

- na okres roku szkolnego 20..... / 20.....)*

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam oświadczenie i zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica /opiekuna
lub pełnoletniego ucznia)

)* - niepotrzebne wykreślić

Załącznik nr 1

Tomaszów Maz.

.....
imię i nazwisko

.....
adres

**Dyrektor
Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 3
im. Jana Pawła II
w Tomaszowie Maz.**

(dla uczniów niepełnoletnich)

W związku ze zwolnieniem córki/ syna
ucz. kl. z zajęć wychowania fizycznego oświadczam, że biorę na siebie pełną
odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna w trakcie trwania lekcji
wychowania fizycznego.

.....
(czytelny podpis rodzica)

(dla uczniów pełnoletnich)

W związku ze zwolnieniem mnie z zajęć wychowania fizycznego oświadczam, że biorę na siebie
pełną odpowiedzialność prawną w trakcie trwania lekcji wychowania fizycznego.

.....
(czytelny podpis ucznia)

Załącznik nr 2

**OPINIA LEKARSKA DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA
Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
UCZNIA ZESPOŁU SZKÓŁ PONADPODSTAWOWYCH NR 3 IM. JANA PAWŁA II
W TOMASZOWIE MAZ.**

Imię i nazwisko ucznia.....

Data urodzenia.....

Klasa.....

Adres.....

Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego - **całkowicie / częściowo ***

- **od dnia** **do dnia**.....

- na okres **I** lub **II** semestru roku szkolnego **20..... / 20.....**

- na okres **1** roku szkolnego **20..... / 20.....**

z powodu (podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej **Kod ICD 10**)

.....

W przypadku częściowego zwolnienia z zajęć należy podać zakres zwolnienia (wykaz ćwiczeń)

.....

.....

Data wystawienia:

.....
pieczętka przychodni (szpitala)

.....
pieczętka i podpis lekarza

*** właściwe zakreślić** (formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub semestralnych powyżej 2 miesięcy niezdolności do ćwiczeń)