

Załącznik nr 1

.....,

.....

Imię i nazwisko ucznia, klasa

Szanowny Pan
Witold Bierła
Dyrektor Zespołu Szkół
Ponadgimnazjalnych nr 2
im. Eugeniusza Kwiatkowskiego
w Jarocinie

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mego syna/ córki*
....., ucznia/ uczennicy* klasy
z częściowego / całościowego* wykonywania ćwiczeń podczas zajęć
wychowania fizycznego w okresie od do W
załączeniu wydana przez lekarza opinia o braku możliwości wykonywania
ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego .

.....

Podpis rodziców/prawnych
opiekunów

* odpowiednie podkreślić

Decyzja dyrektora szkoły

Na podstawie *Rozporządzenia MEN z dnia 30 kwietnia 2007 (Dz. U. Nr 83, poz. 562, z późn. zm.) w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych* oraz na podstawie opinii wydanej przez lekarza o braku możliwości uczestniczenia ucznia/uczennicy* w zajęciach z wychowania fizycznego **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody***

Jarocin, dnia

.....

Podpis dyrektora