

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres zamieszkania

.....  
klasa

Piła, dnia .....

**Dyrektor  
Zespołu Szkół im. St. Staszica w Pile  
al. Powstańców Wlkp. 18  
Piła**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o:

zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego z powodu ograniczeń zdrowotnych (*uczeń będzie uczęszczał na zajęcia wychowania fizycznego jednakże nie będzie wykonywał określonych w zwolnieniu przez lekarza ćwiczeń fizycznych*)

zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od ..... do .....,<sup>1)</sup> pierwszego semestru<sup>2)</sup> / drugiego semestru<sup>2)</sup> / całego roku szkolnego<sup>2)</sup>.  
(<sup>1)</sup> wpisać datę, <sup>2)</sup> odpowiednio zaznaczyć)

.....  
*W celu całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego wymagane jest zwolnienie lekarza specjalisty (kardiolog, dermatolog, ginekolog, ortopeda, itp.) Nie dotyczy to przypadków gdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiada taką dokumentację od lekarza specjalisty.*

.....  
Podać nazwę dokumentu potwierdzającego fakt zwolnienia z zajęć:

.....  
*Wypełnia Rodzic (Opiekun prawny)*

Czy syn/ córka był/ była zwolniony/ zwolniona z zajęć wychowania fizycznego w poprzednim roku szkolnym.

**TAK**

**NIE**

(odpowiednie zaznaczyć)

.....  
podpis rodzica

.....  
podpis ucznia

**Decyzja dyrektora:**

.....  
podpis i pieczętka dyrektora

**Po złożeniu wniosku decyzję należy odebrać w sekretariacie szkoły w ciągu 7 dni od daty złożenia**