Załącznik nr 1

do „Procedury uzyskiwania zwolnień

z zajęć wychowania fizycznego”

…………………………………….…………

 /miejscowość i data/

**OPINIA LEKARSKA**

**o ograniczonych możliwościach uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego**

 **lub o braku możliwości uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego, komputerowych, informatyki\***

Podstawa prawna: § 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019r.

w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2019 r. ,Poz. 373 z późn. zm.)

Niniejszym zaświadcza się, że uczeń/uczennica\*

**…………………………………………..…………………………………….……………………………………**

**/imię i nazwisko, PESEL)…………………………………………………..**

Posiada :

1. Ograniczone możliwości udziału w zajęciach wychowania fizycznego z powodu:

…………………………………………………………………………………………...……………………………………………….…

…………………………………………………...…………………………………………………………………………………………

1. Brak możliwości uczestnictwa w zajęciach: ………………………………………………………….. z powodu:

(wpisać odpowiednio: wychowania fizycznego, komputerowych, informatyki)

…………………………………………………………………………………………...……………………………………………….…

…………………………………………………...…………………………………………………………………………………………

i w związku z tym kwalifikuje się do **pełnego/częściowego\*** zwolnienia z ćwiczeń na lekcjach

wychowania fizycznego w okresie od ………………………….……….. do ……………….……….……….…….

w roku szkolnym 20………… / 20………… .

Uwagi i zalecenia do pracy z uczniem na lekcjach wychowania fizycznego (proszę wypełnić

w przypadku zwolnienia częściowego): …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………..…………..…………………

/pieczęć i podpis lekarza/

\*niepotrzebne skreśli

Załącznik nr 2

do „Procedury uzyskiwania zwolnień

z zajęć wychowania fizycznego”

dnia …………………………………..

Dane rodziców (prawnych opiekunów)

Nazwisko: ……………………….…………………………………….

Imię: ……………………………..………………………………………

Adres: ……………………….……………………………………………

………………………………………..........................................

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej im. A. Mickiewicza**

**w Brzozie**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/mojej córki ……………………………………………………………………….. ur. dnia …………………………………………….. w ………………………………………. cznia/uczennicy klasy ………………

z zajęć wychowania fizycznego w okresie\*:

- od dnia ……………………………. do dnia ……………………………….

- z ………………… okresu roku szkolnego 20……... / 20…………

- z całego roku szkolnego 20.……….. / 20…………

z powodu …………………………………………………..…………………………………………...………..………………………………

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską z dnia ……………………………………………..

………………………………………

 podpis rodzica (opiekuna)

\* właściwe zakreślić