

Krosno Odrz.,

DANE RODZICÓW
(PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

Nazwisko

Imię

Adres

.....

.....

Tel.

DYREKTOR
Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych
im. Wł. Broniewskiego
w Krośnie Odrz.

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/córki

ur., ucznia/ uczennicy klasy

z zajęć wychowania fizycznego w okresie *

- od dnia do dnia

- na okres I semestru, II semestru roku szk. 200 .../ 200 ...

- na okres I roku szkolnego 200... / 200

z powodu

.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

* właściwe zaznaczyć

Z poważaniem

.....

OPINIA LEKARSKA
DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA Z ĆWICZEŃ Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Imię i nazwisko ucznia

Adres

Nie powinien uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego – całkowicie, częściowo* w okresie :

- od dniado dnia

- na okres I semestru, II semestru roku szk. 200 .../ 200 ...

- na okres I roku szkolnego 200... / 200

z powodu

/ podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej Kod ICD 10/

Przeciwwskazania*:

- trucht,
- biegi krótkie,
- biegi długie,
- skoki,
- gimnastyka,
- gry zespołowe,
- ćwiczenia siłowe,
- wszystkie ćwiczenia,
- inne

Rodzaj ćwiczeń dozwolonych

.....

Data wystawienia opinii

pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

- właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE

W przypadku pozytywnej decyzji o zwolnieniu z zajęć z wychowania fizycznego biorę na siebie odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w czasie trwania pierwszych i ostatnich lekcji wychowania fizycznego, w czasie których będzie poza szkołą.

Krosno Odrzańskie,.....

.....