

Dane rodzica/prawnego opiekuna

Ząbki, dnia

Nazwisko:.....

Imię:.....

Adres:.....

.....

Telefon:.....

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej Nr 3  
im. Małego Powstańca w Ząbkach  
ul. Kościelna 2**

Uprzejmie proszę o zwolnienie:

z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych (zgodnie z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych).

z realizacji zajęć wychowania fizycznego (zgodnie z § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych).

.....  
(imiona i nazwisko ucznia)

ur. ...., ucznia/uczennicy klasy. ....

w okresie:

od dnia ..... do dnia ..... 20..... r.

na okres I lub II śródrocza roku szkolnego 20...../20.....

na okres roku szkolnego 20...../20.....

Z powodu .....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

Z poważaniem,

.....  
/czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna/

Należy wybrać jedną opcję zaznaczając X w odpowiedniej kratce

Proszę o zwolnienie dziecka do domu w przypadku gdy lekcja wychowania fizycznego przypada na pierwszej lub ostatniej godzinie zajęć. Oświadczam, iż w tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

.....  
/czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna/