

Dane rodzica/prawnego opiekuna

Ząbki, dn.....

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 lekcje języka wychowania fizycznego przypada na pierwszej lub ostatniej godzinie zajęć. Oświadczam, iż w tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

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