

WNIOSEK

o zwolnienie ucznia (wypełnić właściwe A lub B)

A. Uczeń pełnoletni

Na podstawie dołączonej opinii lekarza proszę o zwolnienie mnie

(imię i nazwisko ucznia)

- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego*
- z realizacji zajęć wychowania fizycznego*
- z realizacji zajęć informatyki*

na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....* ,
- od do

W przypadku zwolnienia mnie z realizacji zajęć wychowania fizycznego* / informatyki*, zwracam się z prośbą do dyrektora szkoły o zwalnianie mnie z konieczności pobytu w szkole w przypadku, gdy zajęcia wychowania fizycznego* / informatyki* są na pierwszej lub ostatniej lekcji w danym dniu. Oświadczam, że nie będę w tym czasie przebywać na terenie szkoły.

.....
(data i podpis ucznia pełnoletniego)

B. Rodzic / opiekun prawny ucznia niepełnoletniego

Na podstawie dołączonej opinii lekarza proszę o zwolnienie mojej córki* / mojego syna*

(imię i nazwisko ucznia)

- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego*
- z realizacji zajęć wychowania fizycznego*
- z zajęć informatyki*

na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....* ,
- od do

W przypadku zwolnienia mojej córki* / mojego syna* z realizacji zajęć wychowania fizycznego* / informatyki*, zwracam się z prośbą do dyrektora szkoły o zwalnianie mojej córki* / mojego syna* z konieczności pobytu w szkole w przypadku, gdy zajęcia wychowania fizycznego* / informatyki* są na pierwszej lub ostatniej lekcji w danym dniu. Oświadczam, że moja córka* / mój syn* nie będzie przebywać w tym czasie na terenie szkoły i przejmuję w tym czasie pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo i zachowanie mojego dziecka.

Wyrażam zgodę na odbiór Decyzji Dyrektora w sprawie niniejszego wniosku przez moje dziecko.

.....
(data i podpis rodzica / prawnego opiekuna ucznia niepełnoletniego)

OPINIA LEKARZA

(wypełnić właściwie)

o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia

(imię i nazwisko ucznia)

(data urodzenia)

ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....* ,
- od do

Ograniczenie obejmuje następujące ćwiczenia:

o braku możliwości realizacji przez ucznia

(imię i nazwisko ucznia)

(data urodzenia)

zajęć wychowania fizycznego*, informatyki* na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....* ,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....* ,
- od do

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zaznaczyć

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY nr

o zwolnieniu ucznia

z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego /
z realizacji zajęć wychowania fizycznego* / z realizacji zajęć informatyki*

Na podstawie art. 44d ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, w związku z § 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych,

zwalniam

..... ucznia* / uczennicę* klasy ur. r.
(imię i nazwisko ucznia)

z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....*,
- od do

z realizacji zajęć wychowania fizycznego na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....*,
- od do

z realizacji zajęć informatyki na okres:

- I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*,
- II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....*,
- całego roku szkolnego 20...../ 20.....*,
- od do

UZASADNIENIE

Niniejsza decyzja została podjęta po zapoznaniu się z opinią lekarza z dnia

- o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego*,
- o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego*,
- o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach informatyki*

która została załączona do wniosku złożonego dnia

Od decyzji tej przysługuje odwołanie do Śląskiego Kuratora Oświaty za pośrednictwem dyrektora szkoły w terminie 14 dni od dnia jej doręczenia.

.....
(podpis i pieczęćka dyrektora szkoły)

Otrzymują:

- rodzice ucznia lub prawni opiekunowie ucznia*
- uczeń pełnoletni*

Do wiadomości nauczyciela wychowania fizycznego* informatyki*:

.....
(podpis nauczyciela)

* właściwe zaznaczyć