*Załącznik nr 2*

 Libiąż, ……………………….

 Pani Jadwiga Bochenek
 Dyrektor
 Zespołu Szkół w Libiążu

**PODANIE O ZWOLNIENIE WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

 Proszę o zwolnienie *mojego syna/mojej córki\** …………………………………………
 (imię i nazwisko)

urodzony/a ……………………………., ucznia/uczennicy klasy ……………………………............

z wykonywania określonych przez lekarza ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania
fizycznego na czas określony w załączonym zaświadczeniu lekarskim.

 …………………………………… (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*

niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 2a*

 Libiąż, …………………………..

 Pani Jadwiga Bochenek
 Dyrektor
 Zespołu Szkół w Libiążu

 **PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

 Proszę o zwolnienie *mojego syna/mojej córki\* ………………………………………………*
 (imię i nazwisko)

ur. ………………………………, *ucznia/uczennicy* \*klasy ……………………………………
 (klasa, nazwa szkoły) ………………………… z zajęć wychowania fizycznego na czas określony przez lekarza

w załączonym zaświadczenia lekarskiego .

 Jednocześnie proszę o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności na zajęciach wychowania fizycznego w dniach, gdy są one na pierwszej i /lub ostatniej lekcji.

 Równocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo

mojego dziecka w czasie jego pobytu poza terenem szkoły.

 …………………………………… (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 3*

 Libiąż, …………………………..

 Pani Jadwiga Bochenek
 Dyrektor
 Zespołu Szkół w Libiążu

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

……………………………………………………………………………………………..……... (imię i nazwisko)

ur. …………………………….., uczeń/uczennica\* klasy………………………………………
 (klasa, nazwa szkoły) …………………………………. .

 Proszę o zwolnienie mnie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na czas określony przez lekarza w załączonym zaświadczeniu lekarskim.

 Równocześnie oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią.

 ………………………………….. (czytelny podpis pełnoletniego ucznia)

\*niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 3a*

 Libiąż, …………………………..

 Pani Jadwiga Bochenek
 Dyrektor
 Zespołu Szkół w Libiążu

 **PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

…………………………………………………………………………………………………...
 (imię i nazwisko)

ur. ………………………………………. *uczeń/uczennica\** klasy …………………………….
 (klasa, nazwa szkoły)

……………………………. .

 Proszę o zwolnienie mnie z realizacji zajęć wychowania fizycznego na czas określony przez lekarza w załączonym zaświadczeniu lekarskim. Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią.

Jednocześnie zwracam się z prośbą o zwolnienie mnie z obowiązku obecności na zajęciach wychowania fizycznego w dniach, gdy są ona na pierwszej i /lub ostatniej lekcji,

 Niniejszym deklaruje, że w wyżej wymienionych godzinach nie będę *przebywał/przebywała*\* na terenie szkoły.

 …………………………………… (czytelny podpis pełnoletniego ucznia)

\*
\*niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 4*

**DECYZJA**

**W SPRAWIE ZWOLNIENIA UCZNIA Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH**

**ĆWICZEŃ NA PODSTAWIE OPINII LEKARSKIEJ**

Na podstawie § 4 ust. 1rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobów oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 373) oraz na podstawie opinii lekarskiej z dnia ………………………

**Zwalniam** ............................................................................................................................................................................
(imię i nazwisko)

ur. ……………………, ucznia / uczennicę٭ klasy …………………………………………………

z wykonywania ćwiczeń fizycznych określonych w opinii lekarskiej / realizacji zajęć wychowania fizycznego ٭w okresie od dnia …………………… do dnia ……………………………

 …………………………………… (data, pieczęć i podpis dyrektora)

Potwierdzam zapoznanie się z decyzją.

…………………………….. (data i podpis nauczyciela WF)

…………………………….. (data i podpis wychowawcy)

*Załącznik nr 4a*

**DECYZJA**

**W SPRAWIE ZWOLNIENIA UCZNIA Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**NA PODSTAWIE OPINII LEKARSKIEJ**

Na podstawie § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobów oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 373) oraz na podstawie opinii lekarskiej z dnia ………………………

**Zwalniam** ..............................................................................................................................................................................
(imię i nazwisko)

ur. ……………………, ucznia / uczennicę٭ klasy ………………………………………………….

z zajęć wychowania fizycznego w okresie od dnia ……………………….. do dnia ……… ……………………..

 Wyżej wymieniony uczeń / wymieniona uczennica٭ zobowiązany/a jest do obecności na tych zajęciach, z wyjątkiem dni, w których odbywają się one na pierwszej i/lub ostatniej.

 …………………………………… (data, pieczęć i podpis dyrektora)

Potwierdzam zapoznanie się z decyzją.

…………………………….. (data i podpis nauczyciela WF)

…………………………….. (data i podpis wychowawcy)