

Łomianki, .....

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 2  
z Oddziałami Dwujęzycznymi  
im. Ireny Szewińskiej  
w Łomiankach**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJEĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna/ córki

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

ur. .... W .....

uczennicy/ucznia klasy .....

\*) z wykonywania ćwiczeń określonych w zaświadczeniu lekarskim

\*) z zajęć wychowania fizycznego

w terminie od ..... do .....

z powodu:

\*) ograniczonych możliwości wykonywania przez córkę/ syna ćwiczeń  
wskazanych w opinii lekarza.

\*) braku możliwości uczestniczenia przez córkę/ syna w zajęciach wychowania  
fizycznego.

\*) niepotrzebne skreślić

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....  
/podpis rodzica/ opiekuna dziecka/

Łomianki, .....

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 2  
z Oddziałami Dwujęzycznymi  
im. Ireny Szewińskiej  
w Łomiankach**

W związku ze zwolnieniem syna/ córki .....  
ucz. kl. .... z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ..... do .....  
proszę o zwolnienie syna/ córki\*) z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są  
one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt  
i bezpieczeństwo córki/syna\*) w tym czasie poza terenem szkoły.

.....  
/podpis rodzica/ opiekuna dziecka/

---

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*)

Uwaga: W czasie gdy uczeń jest zwolniony nie może przebywać na terenie szkoły.

.....  
/data, podpis dyrektora/

Otrzymałam/em

.....  
/podpis rodzica/ opiekuna dziecka/

\*) niepotrzebne skreślić

## **OPINIA LEKARSKA**

*o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego / o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego\**

**Podstawa prawna:**

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 18.06.2015r., poz. 843).

§ 5.1. Dyrektor szkoły zwalnia ucznia z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego, na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia tych ćwiczeń wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii.

§ 5.2. Dyrektor szkoły zwalnia ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego, zajęć komputerowych lub informatyki, na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii.

**Imię i nazwisko ucznia**

.....  
**Uczeń jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:\***

.....  
**w okresie od ..... do .....**

**Uczeń jest niezdolny do uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego w okresie\* od ..... do .....**

**Opinia lekarska:**

.....  
pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* niepotrzebne skreślić