Spalona, dn. ............................

..............................................................

( imię i nazwisko rodzica )

..............................................................

( adres zamieszkania )

...............................................................

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

w Spalonej

Proszę o zwolnienie:

☐ z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych (zgodnie z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 sierpnia 2017r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych).

☐ z realizacji zajęć wychowania fizycznego (zgodnie z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji

Narodowej z dnia 16 sierpnia 2017r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych).

...............................................................................................................................................

(imiona i nazwisko ucznia, klasa)

w okresie:

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

☐ na okres I lub II semestru roku szkolnego 20......../20........

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

Z powodu .............................................................................................................................................................

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

Z poważaniem,

.....................................................................

(data, 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\* / ostatniej godzinie zajęć\*.

Oświadczam, iż w tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

.....................................................................

(czytelny podpis rodzica, prawnego opiekuna)