

....., dnia .....

Pieczęć szkoły

.....  
...../.....

## ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

nr.....

Dyrektor szkoły zwalnia ucznia/uczennicę\* kl. ....  
(imię, nazwisko ucznia/uczennicy)

z realizacji zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii lekarza o braku możliwości uczestniczenia ucznia/uczennicy\* w zajęciach wychowania fizycznego na czas określony od dnia ..... roku do dnia ..... roku.

Rodzic/ prawny opiekun bierze na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/ córki w dniach, gdy zajęcia z wychowania fizycznego są pierwszymi bądź ostatnimi lekcjami.

**Podstawa prawna:** § 4 ust.1 rozp. MEN z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych;

Dyrektor szkoły

.....

.....  
Podpis rodzica / prawnego opiekuna

.....  
Podpis nauczyciela uczącego wychowania fizycznego

Załącznik: opinia lekarza