

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

Pieczęć szkoły

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

## ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Dyrektor szkoły zwalnia ucznia/uczenicę\* kl. ....  
(imię, nazwisko ucznia/uczenicy)

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

**Podstawa prawna:** § 5 ust.2 rozp. MEN z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (poz. 843);

Dyrektor szkoły

.....

Załącznik: opinia lekarza

Otrzymują:

uczeń/rodzice ucznia:

nauczyciel wychowania fizycznego:

wychowawca oddziału:

\* - niepotrzebne skreślić

Druk wewnętrzny szkoły