**Załącznik nr 1**

 Błonie, dnia……………………………

…………...........................................................

Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

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

adres zamieszkania, nr telefonu

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 4**

**im. Św. M.M. Kolbego**

**05-870 Błonie,**

**ul. Narutowicza 4**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/syna\*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ur. ……………………………………………………………………………uczennicy/ucznia\* klasy……………………………………. z realizacji zajęć wychowania fizycznego/wykonywania określonych ćwiczeń\*

od dnia ………………………………………………………… do dnia ………………………………………………………………………

z powodu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

…………………………………………………………………….

(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna)

\*) Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2**

 Błonie, dnia……………………………

…………...........................................................

Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

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

adres zamieszkania, nr telefonu

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 4**

**im. Św. M. M. Kolbego**

**05-870 Błonie,**

**ul. Narutowicza 4**

W związku ze zwolnieniem syna/córki\* ………….……………………….……...................................

ucz. kl. ……………………..................z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od………..….......... do……………………, zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności

na tych zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji, tj.:

…………………………………………………………………………………………………………….. - wypisać dni tygodnia i godziny zajęć.

Jednocześnie oświadczam, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt

i bezpieczeństwo córki/syna\* w tym czasie poza terenem szkoły.

….…………………………………………………………

czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)

**Decyzja dyrektora szkoły**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*

………………………………………………………………

data i podpis dyrektora szkoły

**Uwaga: W czasie, gdy uczeń jest zwolniony z tych zajęć, nie powinien przebywać na terenie szkoły.**

Otrzymują:

1. Rodzice

2. a.a

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 3**

 Błonie, dnia ……………..

**DECYZJA Nr WF/…………………….**

**w sprawie zwolnienia ucznia z zajęć wychowania fizycznego**

Na podstawie § 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 26 lutego 2019 r. w

sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów oraz słuchaczy w szkołach

publicznych (Dz.U. z 2019, poz. 373) na wniosek Pani/Pana\*

…………………………………………………………… wraz z opinią lekarza z dnia ……………………………….

 o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego/w wykonywaniu niektórych ćwiczeń\*

**zwalniam**

………………………………………………………… ucznia/uczennicę\* klasy …………… z zajęć wychowania

fizycznego/wykonywania określonych ćwiczeń w okresie:

**od ………………………………. do …………………………, ………………………………………………………………….** .

Podczas trwania planowanych zajęć z wyżej wymienionego przedmiotu uczeń jest zobowiązany przebywać pod opieką nauczyciela prowadzącego zajęcia, wraz z całą klasą (grupą) bez obowiązku wykonywania ćwiczeń i poddawania się ocenie z osiągnięć.

**Uzasadnienie**

Podstawą zwolnienia był wniosek ………………………………………… oraz opinia lekarza

o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego.

Od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Mazowieckiego Kuratora Oświaty w Warszawie

za pośrednictwem Dyrektora szkoły, w terminie do 14 dni od dnia doręczenia.

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

(*pieczęć i podpis dyrektora*) szkoły/

Otrzymują:

1) Rodzice ucznia

2) Nauczyciel wychowania fizycznego

3) Wychowawca ucznia

4) a/a

\**Niepotrzebne skreślić*