

Krosno Odrz., .....

DANE RODZICÓW

(PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

Nazwisko .....

Imię .....

Adres .....

.....

.....

Tel. ....

DYREKTOR

Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych

im. Wł. Broniewskiego

w Krosnie Odrz.

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/corki .....

ur. ...., ucznia/uczennicy klasy .....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie\*:

- od dnia ..... do dnia .....

- na okres I semestru, II semestru roku szk. 20.../20...

- na okres I roku szkolnego szkolnego 20.../20...

Z powodu .....

.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

\*właściwie zaznaczyć

Z poważaniem

.....

OPINIA LEKRSKA

DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA Z ĆWICZEŃ Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Imię i nazwisko ucznia .....

Adres .....

Nie powinien uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego – całkowicie, częściowo\* w okresie\*:

- od dnia ..... do dnia .....

- na okres I semestru, II semestru roku szk. 20..../20....

- na okres I roku szkolnego 20..../20....

z powodu .....

*/podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej Kod ICD 10/*

Przeciwwskazania\*:

- trucht,

- biegi krótkie,

- biegi długie,

- skoki,

- gimnastyka,

- gry zespołowe,

- ćwiczenia siłowe,

- wszystkie ćwiczenia,

- inne .....

.....

Rodzaj ćwiczeń dozwolonych . .....

.....

Data wystawienia opinii .....

Pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

\*właściwe podkreślić