|  |
| --- |
| Dane rodziców/pełnoletniego ucznia\* |
| ……………………………………………. |
|  imię i nazwisko  |
| ……………………………………………. |
| ……………………………………………. |
| adres zamieszkania |

Wejherowo, dnia …………………………

**Dyrektor**

**Powiatowego Zespołu Szkół nr 2**

**w Wejherowie**

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego dziecka/mnie\* …………..……………………………………….. ur. …………………. w ………..……., ucznia/uczennicy\* klasy ………. z ćwiczeń wychowania fizycznego w roku szkolnym ………/…….. na podstawie opinii o ograniczonych możliwościach uczestniczenia w zajęciach wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii, tj. od …………………. do ……………….

Załącznik:

1. Opinia lekarska wystawiona na druku szkolnym.

………...……………….………………………

 podpisy rodziców / pełnoletniego ucznia

\*niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku niezbędnych do wydania decyzji o zwolnieniu ucznia na zajęciach wychowania fizycznego w Powiatowy Zespół Szkół nr 2 w Wejherowie (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

………...……………….………………………

 podpisy rodziców / pełnoletniego ucznia

 Data ………………………….

……………………………………..

 Pieczęć przychodni lekarskiej

**Opinia lekarska o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego.**

(Na podstawie § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2017 poz.1534)

Uczeń/uczennica Powiatowego Zespołu Szkół nr 2 im. Bohaterskiej Załogi ORP „Orzeł”

w Wejherowie

……………………………………… urodzony/a ………………………………………

 (imię i nazwisko) (data i miejsce)

W czasie zajęć z wychowania fizycznego nie może\* :

- wykonywać żadnych ćwiczeń

- wykonywać następujących ćwiczeń (wymienić jakie):

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

w okresie od ……………….. do ……………….

 …………………………………

 (pieczątka i podpis lekarza)

\* właściwe podkreślić