

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

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 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 373))

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 .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* właściwie podkreślić