Załącznik nr 1a

do Procedury zwolnienia ucznia

z zajęć wychowania fizycznego

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

pieczęć przychodni pieczęć miejscowość, data

OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA

W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię ucznia:..................................................

Data urodzenia/miejsce: ...............................................................

Pesel: ...............................................................................

Adres zamieszkania:........................................................

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

W związku z **§** 4 Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2572) -, ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 750 ze zm.) – art. 44b ust. 8, wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia ………………………… do dnia …………………………

Uzasadnienie:...................................................................................................................................

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

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

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

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

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

 pieczęć i podpis lekarza

Załącznik nr 1b

do Procedury zwolnienia ucznia

z zajęć wychowania fizycznego

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

 pieczęć przychodni miejscowość, data

OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA

PRZEZ UCZNIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH

WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Nazwisko i imię ucznia:..................................................

Data urodzenia: ...............................................................

Pesel: ...............................................................................

Adres zamieszkania:........................................................

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

W związku z **§** 4 Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2572) -, ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 750 ze zm.) – art. 44b ust. 8,wydaję opinię o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych: ...................................................................................................................................................................

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

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

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

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

w okresie od dnia ………………………… do dnia …………………………

Uzasadnienie:...........................................................................................................................................

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

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

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

 pieczęć i podpis lekarza

Załącznik nr 2a

do Procedury zwolnienia ucznia

z zajęć wychowania fizycznego

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

imię i nazwisko rodzica miejscowość, data

 (prawnego opiekuna)

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Jana Pawła II w Łebnie

84 – 217 Szemud

ul. Szkolna 1

Na podstawie **§** 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2572) -, ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 750 ze zm.) – art. 44b ust. 8 oraz opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego wydanej przez lekarza, proszę o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego mojej córki/mojego syna\* …………………………….………………, uczennicy/ucznia\* klasy……… w okresie od dnia ………………………… do dnia …………………………

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

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

podpis rodzica/prawnego opiekuna

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2b

do Procedury zwolnienia ucznia

z zajęć wychowania fizycznego

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

imię i nazwisko rodzica miejscowość, data

 (prawnego opiekuna)

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

 im. Jana Pawła II w Łebnie

84 – 217 Szemud

ul. Szkolna 1

Na podstawie **§** 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2572) -, ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 750 ze zm.) – art. 44b ust. 8 oraz opinii wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego przez moją córkę/mojego syna\* ……………………………, uczennicę/ucznia\* klasy……… w okresie od dnia ………………………… do dnia …………………………

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

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

podpis rodzica/prawnego opiekuna

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3

do Procedury zwolnienia ucznia

z zajęć wychowania fizycznego

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

imię i nazwisko rodzica miejscowość, data

 (prawnego opiekuna)

Pani/Pan\*

……………………………

wychowawca klasy ………

W związku ze zwolnieniem z realizacji zajęć wychowania fizycznego mojej córki/mojego syna\* ……………………………, uczennicy/ucznia\* klasy……… w okresie od …………………… do ………………….. zwracam się z prośbą o usprawiedliwienie nieobecności mojego dziecka na zajęciach wychowania fizycznego w dniach, które odbywają się na pierwszych\* lub ostatnich\* lekcjach. Jednocześnie informuje, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo mojego dziecka w tym czasie.

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

podpis rodzica/prawnego opiekuna

\* niepotrzebne skreślić