



Technikum Informatyczno-Ekonomiczne nr 9

ul. Kołobrzaska 9, 10-444 Olsztyn

tel. 89 533 61 65

e-mail: technikum@cyfroweszkoly.pl

Olsztyn, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

**Dyrektor
Technikum Informatyczno-
Ekonomicznego nr 9 w Olsztynie**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Na podstawie § 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych oraz opinii lekarza

proszę o zwolnienie

ucznia/uczennicy klasy.....

- z zajęć wychowania fizycznego*

- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego*

- na okres I / II semestru roku szkolnego 2024/2025*

- na okres roku szkolnego 2024/2025*

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

z powodu

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

Załączniki:

1. Opinia lekarska

*niepotrzebne skreślić



Technikum Informatyczno-Ekonomiczne nr 9

ul. Kołobrzeska 9, 10-444 Olsztyn

tel. 89 533 61 65

e-mail: technikum@cyfroweszkoly.pl

Olsztyn, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

**Dyrektor
Technikum Informatyczno-
Ekonomicznego w Olsztynie**

PODANIE

W związku ze zwolnieniem z realizacji zajęć wychowania fizycznego syna/córki*

.....
ucznia/uczennicy klasy.....w okresie.....

zwracam się z prośbą o zwolnienie z obowiązku obecności dziecka na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej, bądź ostatniej lekcji:

.....
.....
.....
(proszę wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Jednocześnie informuję, iż biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki, przebywającej w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

Decyzja Dyrektora szkoły:

Wyrażam/Nie wyrażam zgody*.

Uwaga: W czasie gdy uczeń jest zwolniony z w/w zajęć nie może przebywać na terenie szkoły.

.....
Data i podpis Dyrektora szkoły

*niepotrzebne skreślić

Olsztyn, dnia.....

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

OPINIA LEKARZA

Na podstawie § 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych

Nazwisko i imię ucznia:
Data urodzenia ucznia:.....

1. O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH*

W związku z przeciwwskazaniami medycznymi uczeń nie może wykonywać następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego :

.....
.....

.....
(wymieniść jakich lub jakiego rodzaju ćwiczeń fizycznych uczeń nie może wykonywać)

2. O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO*

W związku z przeciwwskazaniami medycznymi uczeń nie może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego

na okres:

I półrocza w roku szkolnym 2024/2025*

II półrocza w roku szkolnym 2024/2025*

całego roku szkolnego 2024/2025*

od dnia..... do dnia*

.....
pieczęć i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić

