

.....  
miejscowość, data

Dane rodziców (opiekunów prawnych):

.....  
Imiona, nazwiska

.....  
adres

.....  
telefon

**Do Dyrektora Zespołu Szkół  
im. Stanisława Staszica w Miętnej**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna/ córki/ podopiecznego\*:

.....  
(imię i nazwisko, data urodzenia, miejsce urodzenia)

ucznia/ uczennicy\* klasy ..... z zajęć wychowania fizycznego/ basenu\*

w okresie: od dnia ..... do dnia ..... z powodu

.....  
.....

\*niepotrzebne skreślić

.....  
podpis rodziców opiekunów prawnych



Załącznik nr 2

.....  
miejsowość, data

**ZWOLNIENIE LEKARSKIE  
Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO UCZNIĄ  
ZESPOŁU SZKÓŁ IM. STANISŁAWA STASZICA W MIĘTNEM**

Imię i nazwisko ucznia:	
Klasa:	
Adres:	

Zwolnienie\*

całkowite

częściowe

od dnia

.....

do dnia

.....

na pierwszy semestr roku szkolnego .....

na drugi semestr roku szkolnego .....

na rok szkolny 20...../ 20.....

Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego (zwolnienie częściowe)\*:

1 Trucht


6 Gry zespołowe


2 Biegi krótkie

7 Ćwiczenia siłowe

3 Biegi długie

8 Zajęcia na basenie

4 Skoki

9 Wszystkie ćwiczenia

5 Gimnastyka

10 .....

Ćwiczenia dozwolone/ zalecane:

.....  
.....

Pieczętka przychodni/ szpitala	Data wystawienia zwolnienia	Pieczętka i podpis lekarza
Data i podpis nauczyciela wych. fiz.	Data i podpis pielęgniarki szkolnej	Data i podpis wychowawcy
	Data wpłynięcia wniosku do kancelarii	Pieczętka i podpis dyrektora szkoły

\*Właściwe zaznaczyć