

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

**Pani Bożena Szulczyk
Dyrektor
IV Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. dra Tytusa Chałubińskiego w Radomiu**

Na podstawie § 5 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843) oraz opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego
..... /imię i nazwisko/
ucznia/uczennicę klasy w okresie od dnia..... do dnia.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna

Oświadczam, , że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo mojego dziecka w czasie zajęć wychowania fizycznego, gdy są one na pierwszych lub ostatnich godzinach lekcyjnych.

Zgodnie ze Statutem Szkoły w przypadku, kiedy zajęcia wychowania fizycznego odbywają się na środkowych godzinach lekcyjnych moje dziecko będzie przebywać w bibliotece szkolnej.

.....
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna