

.....

.....

imię i nazwisko rodzica / opiekuna

miejsowość, data

.....

adres zamieszkania

.....

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

Na podstawie § 5 ust. 1 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 wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznegoucznia/uczennicę

/imię i nazwisko/

klasy w okresie od dnia..... do dnia.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....

czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna