

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna /pełnoletniego ucznia*

.....
miejsowość, data

.....
adres zamieszkania

Dyrektor

IV Liceum Ogólnokształcącego

z Oddziałami Dwujęzycznymi

im. dra Tytusa Chałubińskiego w Radomiu

Na podstawie § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10.11.2023 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2023 poz. 2572 oraz z 2024r. poz. 438 ze zmianami) oraz opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego wydanej przez lekarza proszę o **zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego**

.....
/imię i nazwisko/

ucznia/uczennicę klasy w okresie od dnia..... do dnia.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
czytelny podpis rodzica /prawnego opiekuna/ pełnoletniego ucznia*

*Niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejsowość/data

**OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH
WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIĄ OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię:.....

Data urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

W związku z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10.11.2023 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2023 poz. 2572 oraz z 2024r. poz. 438 ze zmianami) wydaję opinię o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych:

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

od dnia do dnia

Opinię powyższą wydaję się z powodu

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza