

.....
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. 2 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 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/ pełnoletniego ucznia*

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo mojego dziecka /własne* 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 uczeń będzie przebywać w bibliotece szkolnej.

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

*Niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejsowość/data

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNI
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię:.....

Data urodzenia: PESEL

Adres zamieszkania:

W związku z § 4 ust. 2 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 braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie:

od dnia do dnia

Opinię powyższą wydaje się z powodu

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza