…….……...
(imię i nazwisko)
……...
……..
(adres)

Głogów, dnia ……..

Pani Magdalena Kłósek
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 13 w Głogowie
im. Orląt Lwowskich

PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojej córki*/mojego syna* uczennicy*/ucznia * klasy ……, z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie: od …… do dnia ……

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie o braku możliwości uczestniczenia córki* /syna* w tych zajęciach.

(podpis rodzica)

*niepotrzebne skreślić

…….……...
(imię i nazwisko)
……...
……..
(adres)

Głogów, dnia …….

Pani Magdalena Kłósek
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 13
im. Orląt Lwowskich w Głogowie

W związku ze zwolnieniem córki* /syna* uczennicy*/ucznia * klasy…….., z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie: od dnia …… do dnia ……... zwracam się z prośbą o zwolnienie córki*/syna* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej i ostatniej lekcji. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki*/syna* w tym czasie poza terenem szkoły.

……
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

<u>Decyzja dyrektora szkoły</u>: Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

……..
(data, podpis dyrektora)

……
(podpis rodzica)

……..……..
(data, podpis nauczyciela wf)

……..
(data, podpis wychowawcy)

*niepotrzebne skreślić

Głogów, dnia ……..

D E C Y Z J A Nr ……..

Na podstawie § 4 ust.2 ROZPORZĄDZENIA MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych

p o s t a n a w i a m

zwolnić …….uczennicę*/ucznia* klasy……,

z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie: od dnia …… do dnia……

U z a s a d n i e n i e

Na podstawie opinii lekarskiej .

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Dolnośląskiego Kuratora Oświaty za pośrednictwem Dyrektora szkoły, w terminie 14 dni od dnia doręczenia.

(pieczęć i podpis
dyrektora szkoły)

Do wiadomości:

-

- a/a