

Krosno Odrzańskie,.....

Dane rodziców (prawnych opiekunów) / pełnoletniego ucznia

Nazwisko.....

Imię.....

Adres .....

.....

Tel.....

**DYREKTOR**  
**Zespołu Szkół Ponadpodstawowych**  
**im. Władysława Broniewskiego**  
**w Krośnie Odrzańskim**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie .....

ur. .... , ucznia/uczennicy klasy .....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie\*:

- od dnia ..... do dnia .....

- na okres I semestru, II semestru roku szk. 20..../20....

- na okres I roku szkolnego szkolnego 20..../20....

Z powodu .....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

\*właściwie zaznaczyć

Z poważaniem

OPINIA LEKRSKA

DOTYCZĄCA ZWOLNIENIA Z ĆWICZEŃ Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Imię i nazwisko ucznia

Adres .....

Nie powinien uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego - całkowicie, częściowo\* w okresie\*:

- od dnia ..... do dnia .....

- na okres I semestru, II semestru roku szk. 20.../20....

- na okres I roku szkolnego 20.../20....

z powodu .....

*/ podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej Kod ICD 10/ Przeciwwskazania\*:*

- trucht,

- biegi krótkie,

- biegi długie,

- skoki,

- gimnastyka,

- gry zespołowe,

- ćwiczenia siłowe,

- wszystkie ćwiczenia,

- inne .....

Rodzaj ćwiczeń dozwolonych .

Data wystawienia opinii .....

Pieczętka przychodni (szpitala)

pieczętka i podpis lekarza

\*właściwe podkreślić