

.....  
(Nazwisko i imię)

Krapkowice, dnia .....

.....  
.....  
(adres)

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Zawodowych  
im. Piastów Opolskich  
w Krapkowicach**

**Podanie  
o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki/mnie .....  
(Nazwisko i imię ucznia)

Ucznia klasy .....

**z zajęć wychowania fizycznego w okresie:**

1. Od dnia ..... do dnia  
.....
2. Na okres I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....
3. Na okres II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....
4. Na okres roku szkolnego 20..... / 20.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....  
/podpis rodzica (opiekuna) lub pełnoletniego ucznia/

Dane rodziców (prawnych opiekunów/ucznia pełnoletniego)

.....  
(Nazwisko i imię)

Krapkowice, dnia .....

.....

.....  
(adres)

Tel .....

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Zawodowych  
im. Piastów Opolskich  
w Krapkowicach**

## OŚWIADCZENIE

W związku z udzielonym zwolnieniem przez Dyrektora Zespołu Szkół Zawodowych im. Piastów Opolskich w Krapkowicach mojej osobie/córce/synowi .....  
klasa ....., z zajęć wychowania fizycznego oraz z uwagi na fakt, iż są to lekcje pierwsze lub ostatnie w okresie od ..... do ..... zwracam się z prośbą o zwolnienie mnie/córki/syna z obowiązku obecności na wyżej wymienionych zajęciach i proszę o zgodę na opuszczenie budynku szkoły. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo moje/córki/syna w tym czasie.

.....  
/podpis rodzica (opiekuna) lub pełnoletniego ucznia/

.....  
(data i podpis nauczyciela wf)

.....  
( data i podpis wychowawcy )

## ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Imię i nazwisko ucznia .....

Klasa .....

Adres .....

Uczeń zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego - **całkowicie / częściowo** \*

### Przeciwwskazania: (zaznaczyć)

1. TRUCHT
2. BIEGI KRÓTKIE
3. BIEGI DŁUGIE
4. SKOKI
5. GIMNASTYKA
6. GRY ZESPOŁOWE
7. ĆWICZENIA SIŁOWE
8. WSZYSTKIE ĆWICZENIA
9. Inne .....

### Podać rodzaj ćwiczeń dozwolonych:

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

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

- na okres I lub II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....

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

Data wystawienia: .....

.....

pieczętka przychodni (szpitala)

.....

pieczętka i podpis lekarza

.....

data i podpis wychowawcy

.....

data i podpis nauczyciela wf

\* **właściwie zakreślić** (formularz dotyczy zwolnień całorocznych lub semestralnych powyżej 2 miesięcy niezdolności do ćwiczeń)