

.....  
imiona i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów

Częstochowa, .....  
data

.....  
adres zamieszkania

.....

Sz.P.

.....  
Dyrektor

.....  
.....

Zwracam się do Pani/Pana z prośbą o zwolnienie mojego syna/córki .....  
..... uczennicy/ucznia klasy ..... z realizacji zajęć wychowania  
fizycznego na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia  
w zajęciach wydanej przez lekarza dnia ..... na czas od ..... do  
.....

.....  
data i podpis

**Zaświadczenie lekarskie:**

(opinia o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego oraz czas jej obowiązywania w oparciu o zapisy zawarte w rozporządzeniu z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 843) oraz rozporządzenia MENIS z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach Dz. U. z 2003r. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.).

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

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

**Stanowisko dyrektora**

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

.....  
Data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły