

.....
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna

Biała Podlaska, dn.

Wniosek

Na podstawie § 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 03 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017r. poz. 1534) oraz opinii lekarza, proszę

- o zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego,
- o całkowite zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego*

mojego syna/córkę ucznia/uczennicy

klasy II Liceum Ogólnokształcącego im. E. Plater w Białej Podlaskiej

w okresie od do

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....

(podpis rodzica / opiekuna)

* **niepotrzebne skreślić**

wypełnia szkoła

Nr wydanej decyzji decyzja odebrana dn.