

Bydgoszcz, dn.....

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Dokładny adres

.....
Telefon kontaktowy

Dyrektor

Zespołu Szkół Mechanicznych nr 2

85-248 Bydgoszcz, ul. Słoneczna 19

Podanie

Proszę o wydanie decyzji o zwolnieniu mojego /mojej syna /córki*

.....,ucznia/uczennicy* klasy

a) z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

b) z realizacji zajęć wychowania fizycznego *

w pierwszym semestrze / drugim semestrze / w pierwszym i drugim semestrze*

roku szkolnego- , zgodnie z załączoną opinią lekarza.**

***podkreśl właściwą opcję.**

****** *Uczeń/uczennica zwolniony/-a całkowicie decyzją dyrektora z zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii lekarza specjalisty zobowiązany/-a jest przebywać w czasie trwania tych zajęć razem z klasą - nie uczestniczy w ćwiczeniach i nie podlega ocenie. Pod żadnym pretekstem, nie wolno uczniowi/uczennicy samowolnie opuszczać miejsca, w którym odbywają się zajęcia. Za zgodą nauczyciela prowadzącego uczeń może w tym czasie przebywać w świetlicy lub w bibliotece, gdzie sprawdzona jest jego obecność. Wszelkie zwolnienia z lekcji wf, jeśli jest to pierwsza lub ostatnia godzina lekcyjna w planie lekcji- są możliwe wyłącznie na przekazaną wychowawcy - pisemną prośbę i odpowiedzialność rodziców ucznia/uczennicy lub pełnoletniego ucznia.*

Uczeń/uczennica, który/-a zwolniony/-a jest częściowo z zajęć wychowania fizycznego, czyli tylko z określonych ćwiczeń - ma obowiązek uczestniczenia w zajęciach i jest oceniany/-a semestralnie i rocznie.

.....
czytelny podpis rodzica