

Cieszyn, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(klasa)

**Dyrekcja
Technikum nr 1 im. Wł. Szybińskiego
w Cieszynie**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych § 8 pkt. 1 i 2 (Dz.U. 2007 r. Nr 83, poz. 562 z późn. zm.), proszę o zwolnienie

z ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego w okresie od do

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

.....
(podpis ucznia)

W załączeniu:

Opinia lekarza o ograniczonych możliwościach uczestniczenia w zajęciach z wychowania fizycznego

(podanie należy złożyć w sekretariacie najpóźniej do tygodnia po uzyskaniu opinii lekarza)

.....
Data

Pieczętka przychodni

**OPINIA LEKARZA O OGRANICZONEJ MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA
UCZNIA W ZAJĘCIACH Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uczennica/uczeń Technikum nr 1 im. Wł. Szybińskiego w Cieszynie
urodzona/y, w czasie zajęć z wychowania fizycznego nie może wykonywać
następujących ćwiczeń:

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

w okresie od do

zaleca się:

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)