

Załącznik Nr 2

Do zarządzenia 199/2019r. Dyrektora Zespołu Szkół im. P. Wysockiego w Warszawie

Warszawa, dnia

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Telefon kontaktowy)

**Sz. P. Dyrektor
Zespołu Szkół
im. Piotra Wysockiego
ul. Odrowąża 19
03-310 Warszawa**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Zwracam się z prośbą o zwolnienie ucznia/uczennicy*

..... z klasy..... ur.

z realizacji zajęć wychowania fizycznego*

z wykonywania określonych ćwiczeń *

od dnia do dnia

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* aby uczeń/uczennica* mógł/a samodzielnie wrócić do domu w przypadku jeśli zajęcia wychowania fizycznego są planowane na pierwszych lub ostatnich godzinach lekcyjnych.

W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 3

Do zarządzenia 199/2019r. Dyrektora Zespołu Szkół im. P. Wysockiego w Warszawie

**ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
UCZNIA ZESPOŁU SZKÓŁ IM. PIOTRA WYSOCKIEGO W WARSZAWIE**

Imię i nazwisko ucznia

Adres zamieszkania

Uczeń jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego czynnego – **całkowicie/częściowo***

od dnia do dnia

Przeciwwskazania:

Trucht*

Biegi krótkie*

Biegi długie*

Skoki*

Gimnastyka*

Gry zespołowe*

Ćwiczenia siłowe*

Wszystkie ćwiczenia*

Inne

Rodzaje ćwiczeń dozwolonych:

.....

.....

.....
(Data wystawienia)

.....
(Pieczętka i podpis lekarza)

.....
(Pieczętka przychodni/szpitala)

*Niepotrzebne skreślić