Cieszyn, dnia ……………

……………………………………

(imię i nazwisko uczennicy/ucznia)

………..

(klasa)

**Dyrektor**

**I Liceum Ogólnokształcącego**

**im. Antoniego Osuchowskiego**

**w Cieszynie**

**WNIOSEK**

Na podstawie § 5 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2015 poz. 843)

proszę o zwolnienie ……………………………….. z realizacji zajęć wychowania fizycznego

(imię i nazwisko uczennicy/ucznia)

w okresie od ……………………. do …………………….. (zgodnie z opinią lekarską).

……………………..

(podpis rodzica)

……………………..

(podpis ucznia)

**W załączeniu:**

Opinia lekarska o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach z wychowania fizycznego lub opinia   
o ograniczonych możliwościach uczestniczenia w zajęciach z wychowania fizycznego.

(Wniosek należy złożyć w sekretariacie szkoły najpóźniej do 2 tygodni po uzyskaniu opinii lekarskiej)