

Załącznik nr 1

.....

Kraków,

(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego ucznia)

data

.....

.....

(adres zamieszkania, telefon)

**Dyrektor Waldorfskiej Szkoły Podstawowej
im. Janusza Korczaka
ul. Kazimierza Wielkiego 33
30-074 Kraków**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki.....

ur., ucznia / uczennicy * klasy z zajęć
wychowania

fizycznego w okresie :

od dnia do dnia

na okres I lub II półrocze *roku szkolnego 20..... / 20.....

Na okres roku szkolnego 20..... / 20.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(podpis rodzica / opiekuna / ucznia)

* odpowiednie zakreślić

Załącznik nr 1a

..... Kraków,

(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego ucznia) data

.....

.....

(adres zamieszkania, telefon)

**Dyrektor Niepublicznego Gimnazjum
im. Janusza Korczaka
ul. Kazimierza Wielkiego 33
30-074 Kraków**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki.....

ur., ucznia / uczennicy * klasy z zajęć
wychowania

fizycznego w okresie :

od dnia do dnia

na okres I lub II półrocze *roku szkolnego 20..... / 20.....

Na okres roku szkolnego 20..... / 20.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica / opiekuna / ucznia)

* odpowiednie zakreślić

Załącznik nr 2

ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

UCZNIA WALDORFSKIEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ

IM. JANUSZA KORCZAKA, UL. KAZIMIERZA WIELKIEGO 33, 30-074 KRAKÓW

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

- 1. Uczeń ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:**

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

- 2. Uczeń jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego**

- Na okres I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....

- Na okres II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....

- Na okres całego roku szkolnego 20..... / 20.....

- W okresie od do

Miejscowość i data.....

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 2a

ZWOLNIENIE LEKARSKIE Z ĆWICZEŃ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

UCZNIA NIEPUBLICZNEGO GIMNAZJUM

IM. JANUSZA KORCZAKA, UL. KAZIMIERZA WIELKIEGO 33, 30-074 KRAKÓW

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Adres

3. Uczeń ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

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

4. Uczeń jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego

- Na okres I semestru roku szkolnego 20..... / 20.....

- Na okres II semestru roku szkolnego 20..... / 20.....

- Na okres całego roku szkolnego 20..... / 20.....

- W okresie od do

Miejscowość i data.....

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 3

.....

Kraków, dnia.....

(imię i nazwisko rodzica, opiekuna)

.....

.....

(adres zamieszkania, telefon)

**Dyrektor Waldorfskiej Szkoły Podstawowej
im. Janusza Korczaka
ul. Kazimierza Wielkiego 33
30-074 Kraków**

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki.....

ucz. kl, w okresie od do z
zajęć

wychowania fizycznego, zwracam się z prośbą, o zwolnienie syna / córki* z obowiązku obecności na
w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej / ostatniej lekcji:

.....

(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna / córki * w tym czasie
poza terenem szkoły.

.....

(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

.....

(data, podpis wychowawcy)

.....

(data, podpis nauczyciela wych. Fizycznego)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3a

.....

Kraków, dnia.....

(imię i nazwisko rodzica, opiekuna)

.....

.....

(adres zamieszkania, telefon)

**Dyrektor Niepublicznego Gimnazjum
im. Janusza Korczaka
ul. Kazimierza Wielkiego 33
30-074 Kraków**

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki.....

ucz. kl, w okresie od do z
zajęć

wychowania fizycznego, zwracam się z prośbą, o zwolnienie syna / córki* z obowiązku obecności na
w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej / ostatniej lekcji:

.....

(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna / córki * w tym czasie
poza terenem szkoły.

.....

(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

.....

(data, podpis wychowawcy)

.....

(data, podpis nauczyciela wych. Fizycznego)

* niepotrzebne skreślić