DANE RODZICÓW Strzelce Opolski, dn.

(PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

Nazwisko:………..........................…………

Imię: ………….........................……….……

Adres:………….........................…………...

………………..............................……………

**Dyrektor**

**Centrum Kształcenia Zawodowego   
i Ustawicznego  
w Strzelcach Opolskich**

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

ur. ..................................... , ucznia / uczennicy klasy ………………………. , z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie: od dnia .......................... do dnia ……………….…..

W załączeniu przedstawiam zwolnienie lekarskie o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach z dnia ………………………

Z poważaniem

……………………………………………

podpis rodzica (opiekuna)

**DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY**

# *Na podstawie § 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2572)*

zwalniam ................................................................ uczennicę / ucznia klasy ......................... z realizacji zajęć wychowania fizycznego od dnia .......................... do dnia ……………….…..

  (pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

*Do wiadomości:*

|  |  |
| --- | --- |
| Nauczyciel wychowania fizycznego |  |
| Wychowawca klasy |  |

