

.....
Imię i nazwisko Ucznia/Uczennicy

Bydgoszcz, dnia.....

.....
Klasa i zawód

Dyrektor

Zespołu Szkół Mechanicznych nr 2

85-248 Bydgoszcz, ul.Słoneczna 19

Podanie

Proszę o zwolnienie mojego Syna/mojej Córkę/ mnie* (**prosimy podkreślić właściwe*)

- a) z wykonywania w czasie zajęć wychowania fizycznego wybranych ćwiczeń według wskazań w Opinii lekarskiej
- b) całkowicie z zajęć wychowania fizycznego według wskazania w Opinii lekarskiej

(**prosimy podkreślić właściwe: a lub b*)

w pierwszym semestrze / drugim semestrze / w pierwszym i drugim semestrze*

(**prosimy podkreślić właściwe*)

roku szkolnego – , zgodnie z załączoną opinią lekarza.**

****Do podania należy dołączyć Opinię lekarza wskazującą na potrzebę zwolnienia z wf**

***Uczeń/uczennica zwolniony/-a całkowicie decyzją dyrektora z zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii lekarza zobowiązany/-a jest przebywać w czasie trwania tych zajęć razem z klasą - nie uczestniczy w ćwiczeniach i nie podlega ocenie. Nie wolno uczniowi/uczennicy samowolnie opuszczać miejsca, w którym odbywają się zajęcia. Za zgodą nauczyciela prowadzącego uczeń może w tym czasie przebywać w świetlicy lub w bibliotece.. Wszelkie zwolnienia z lekcji wf, jeśli jest to pierwsza lub ostatnia godzina lekcyjna w planie lekcji-są możliwe na przekazaną wychowawcy - pisemną lub przez e-dziennik prośbę rodzica lub pełnoletniego ucznia.

Uczeń/Uczennica, który/-a zwolniony/-a jest częściowo z zajęć wychowania fizycznego, czyli tylko z określonych ćwiczeń - ma obowiązek uczestniczenia w zajęciach i jest oceniany/-a semestralnie i rocznie.

****W e-dzienniku – przy nazwisku Ucznia zwolnionego z wf widoczna jest dla nauczycieli informacja o zwolnieniu

.....
czytelny podpis rodzica/ pełnoletniego ucznia