…………………………………… (imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

…………………………………… (adres zamieszkania)

……………………………………

Łowicz, dnia …………………..

# Dyrektor Zespołu Szkół

**Ponadpodstawowych nr 2**

**Centrum Kształcenia Zawodowego im. Tadeusza Kościuszki w Łowiczu**

**Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Zgodnie z rozporządzeniem 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 oraz na podstawie art. 44zb ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1943 z późn. zm.) zgodnie z Procedurą uzyskiwania zwolnień z zajęć wychowania fizycznego w Technikum Nr 2   
w Zespole Szkół Ponadpodstawowych Centrum Kształcenia Zawodowego im. Tadeusza Kościuszki w Łowiczu, proszę o zwolnienie

……………………………………………………………………..…………………………… (imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

ucznia/uczennicy\* klasy …………………………..…………………………………………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie\*:

- od dnia …………………………..……….…… do dnia ………..…………………………….

* na okres I lub II półrocza roku szkolnego 20………./20…..……..
* na okres całego roku szkolnego 20………./20…..……..

z powodu ………………………………………………………………….……………………

…………………………………………………………………………….……………………. W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

\*niepotrzebne skreślić

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

(podpis rodzica/opiekuna)

1