

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(klasa)

Dyrektor  
Liceum Ogólnokształcącego  
im. P. Stalmacha w Wiśle

### WNIOSEK

Dotyczy: zwolnienie z wychowania fizycznego / informatyki\*

Zgodnie z § 4 ust. 1 - 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 roku w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1534), proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego / informatyki\* w okresie od .....

.....

podpis rodzica ucznia niepełnoletniego

.....

podpis ucznia

.....

W załączeniu:

Opinia lekarza o ograniczonych możliwościach uczestniczenia w zajęciach z wychowania fizycznego / informatyki\*. (Podanie należy złożyć w sekretariacie najpóźniej do tygodnia po uzyskaniu opinii lekarza).

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęćka przychodni)

.....  
(miejsowość, data)

OPINIA LEKARZA O OGRANICZONEJ MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNI  
W ZAJĘCIACH Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO / INFORMATYKI\*

Imię i nazwisko uczennicy/ucznia: .....

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia: .....

Nr PESEL: .....

Miejsce zamieszkania: .....

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującym ICD 10, powodującego, że stan zdrowia uczennicy/ucznia\* uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego/ informatyki\* :

--	--	--

(kod ICD 10)

Nazwa jednostki chorobowej .....

**Ograniczenia w funkcjonowaniu uczennicy/ucznia\*** wynikające z przebiegu choroby, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego / informatyki\*:

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*niepotrzebne skreślić