CKZiU W STRZELCACH OPOLSKICH

**CENTRUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO**
ul. Powstańców Śl. 3, 47-100 Strzelce Opolskie
tel. **77 461 27 01** | e-mail: **sekretariat@ckziu-strzelce.pl** | www.ckziu-strzelce.pl

DANE RODZICÓW
(PRAWNYCH OPIEKUNÓW)

Strzelce Opolskie, dn. ……

Nazwisko:……

Imię: ……

Adres:……..

……

**Dyrektor**

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

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki……

ur. ……., ucznia/uczennicy klasy …… , z wykonywania następujących ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego: ……

……

w okresie: od dnia ……. do dnia ……..

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską o braku możliwości wykonywania w/w ćwiczeń z dnia …… .

Z poważaniem

……
podpis rodzica (opiekuna)

**DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY**

Na podstawie § 4 ust Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1534) / Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 373)

zwalniam …… uczennicę / ucznia klasy …… z wykonywania ćwiczeń na lekcji wychowania fizycznego wymienionych w zaświadczeniu lekarskim od dnia ……. do dnia ……..

(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

*Do wiadomości:*

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