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 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 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 realizacji zajęć wychowania fizycznego od dnia ..... do dnia ……..

(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Do wiadomości:

Nauczyciel wychowania fizycznego	
Wychowawca klasy	