

Data .....

.....  
Imię nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....  
Imię nazwisko ucznia:

**Do Dyrektora  
Społecznego Liceum Ogólnokształcącego  
Nr 23 w Pruszkowie**

**Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego ucznia

.....w okresie :

- od dnia .....20....r do dnia .....20....r
  - na okres pierwszego/ drugiego<sup>1</sup> semestru roku szkolnego 20..../ 20....
  - na okres jednego roku szkolnego 20..../ 20....
  - z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych/ ze wszystkich ćwiczeń fizycznych<sup>2</sup>
- na podstawie opinii lekarza załączonej do wniosku.

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna /ucznia pełnoletniego)

Przyjęto opinię lekarską .....

**Decyzja Dyrektora Szkoły**

Zwalniam ucznia z realizacji zajęć z wychowania fizycznego na podstawie opinii  
wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii, w zakresie ujętym w opinii.

Przychyłam się do wniosku na podstawie par. 4, pkt 1, 2 Rozporządzenia MEN  
z dnia 03 sierpnia 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 1534).<sup>1</sup>

.....  

---

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić

<sup>2</sup> Właściwe podkreślić