

(pieczęć szkoły)

....., dnia

Uczeń.....lat.....

1. Jest zdolny do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

.....

2. Jest całkowicie zwolniony z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

Od.....do.....

OPINIA LEKARZA

.....

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej).....
(pieczęć i podpis lekarza)**DECYZJA**

Na podstawie §8 ust.1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2004 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania egzaminów i sprawdzianów w szkołach publicznych (Dz.U.z 2004 r.nr 199, poz. 2045 z późn.zmianami) oraz art.104 Kodeksu Postępowania Administracyjnego, w związku z art. 93 ust.1 pkt 6 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. nr 67, poz. 329 z późn. zmianami)

POSTANAWIAM

Zwolnić.....ucznia klasy.....z zajęć wychowania
 fizycznego na okres od.....do.....¹⁾

UZASADNIENIE

.....
 Od niniejszej decyzji służy odwołanie w Kuratorium Oświaty w Katowicach Delegatura Zamiejskowa w Rybniku za moim pośrednictwem, w terminie 14 dni od jej otrzymania.

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)

Otrzymują:

1.....
 (imię i nazwisko rodziców ucznia)

2. a/a

¹ decyzję wydaję na podstawie opinii lekarza.