

OPINIA LEKARSKA

Uczeń Zespołu Szkół Gastronomicznych im. prof. E. Pijanowskiego w Warszawie:

Imię i nazwisko ucznia

Adres zamieszkania.

Klasa.....

1. Opinia lekarska o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego *

Uczeń jest zwolniony z wykonywania niektórych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

(Proszę zaznaczyć lub podkreślić te, które może wykonywać)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1. Trucht | 6. Gry zespołowe |
| 2. Biegi | 7. Ćwiczenia siłowe |
| 3. Biegi długie | 8. Wszystkie ćwiczenia |
| 4. Skoki | 9. Pływanie |
| 5. Gimnastyka | 10. Inne |

.....

od dnia..... do dniaroku szkolnego 20...../20.....

2. Opinia lekarska o braku możliwości uczestniczenia ucznia na zajęciach wychowania fizycznego*

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

od dnia..... do dniaroku szkolnego 20...../20.....

Uczeń może/nie może (zakreślić właściwe) uczestniczyć w praktycznej nauce zawodu.

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

(pieczęć i podpis lekarza)

miejsce i data.....

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE O ZREALIZOWANIU PRZEZ UCZNIA

TREŚCI PODSTAWY PROGRAMOWEJ Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Oświadczam, że uczeńklasy

zapoznał się z treściami podstawy programowej wychowania fizycznego, dotyczącymi edukacji zdrowotnej, zasad bezpieczeństwa i higieny osobistej, przewidzianymi do realizacji w klasie

Data i podpis nauczyciela wychowania fizycznego

.....

Załącznik nr 3
do Procedury uzyskania zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego
w Zespole Szkół Gastronomicznych im. prof. E. Pijanowskiego

....., dn.
miejsowość data

.....
Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego/

.....
adres zamieszkania

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

Dyrektor
Zespołu Szkół Gastronomicznych
im. prof. E. Pijanowskiego
ul. Poznańska 6/8
00-680 Warszawa

OŚWIADCZENIE

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
/imię nazwisko/

ucznia/uczennicy* klasyz uczestniczenia w zajęciach
wychowania fizycznego, zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka z obowiązku obecności
na tych zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.

Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo
syna/córki* w czasie pobytu poza terenem szkoły.

.....
czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego/

*niepotrzebne skreślić