



**II Liceum Ogólnokształcące
z Oddziałami Dwujęzycznymi i Międzynarodowymi
im. Mikołaja Kopernika w Lesznie**

ul. B. Prusa 33, 64-100 Leszno

tel./fax: +48655268485

e-mail: sekretariat@IILO.leszno.pl

www.IILO.leszno.pl



IB World School 4464

**Długoterminowe zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego lub z
wykonywania określonych ćwiczeń na zajęciach**

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego ucznia)

Leszno,.....

Do Dyrektora

II Liceum Ogólnokształcącego w Lesznie

Zgodnie z §5 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych wnoszę o zwolnienie z zajęć lub wykonywania ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego mojego dziecka

..... w zakresie określonym w
opinii lekarza.

.....
(podpis opiekuna prawnego ucznia)

(pieczęćka przychodni)

Leszno,.....

Opinia lekarza

(proszę wypełnić część A lub część B)

A) Stwierdzam **ograniczone możliwości** ucznia.....

do wykonywania niżej wymienionych ćwiczeń w okresie od.....do.....

(należy wymienić zakres lub rodzaj ćwiczeń, w przypadku braku miejsca opinię można dokończyć na odwrocie karty)

B) Stwierdzam **brak możliwości** uczestniczenia ucznia

w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od.....do.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)