

.....  
(pieczętka przychodni lekarskiej)

....., dn. ....

### **OPINIA LEKARSKA**

Po przeprowadzeniu badań lekarskich ucznia/uczennicy

.....  
data urodzenia ..... r. klasa ..... Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych  
w Połczynie-Zdroju stwierdzam, że stan zdrowia ucznia/uczennicy wymaga  
całkowitego/częściowego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego na okres

od ..... do .....

Uczeń/uczennica w tym czasie nie powinien wykonywać na zajęciach z wychowania fizycznego  
następujących typów ćwiczeń:

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

Stan zdrowia ucznia/uczennicy zostanie ponownie oceniony po okresie zwolnienia,  
co pozwoli na podjęcie decyzji o dopuszczeniu lub niedopuszczeniu ucznia/uczennicy  
do zajęć z wychowania fizycznego w dalszych semestrach nauki szkolnej.

.....  
(imienna pieczętka lekarza)

---

### **DEYZYJA NR ..... DYREKTORA SZKOŁY O ZWOLNIENIU UCZNIA Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Na podstawie § 5 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r.  
w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania  
uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843), w oparciu o opinię lekarską  
z dnia .....

#### **zwalniam ucznia/uczennicę**

..... z klasy .....  
z całkowitych/częściowych zajęć wychowania fizycznego na okres .....

.....  
(dyrektor szkoły)

Otrzymują:

1. Rodzice (prawni opiekunowie)/pełnoletni uczeń
2. Pan/i ..... - nauczyciel wf.
3. a/a

.....  
(podłużna pieczęć szkoły)

## INFORMACJA

Dyrektor Zespołu szkół Ponadgimnazjalnych w Polczynie-Zdroju informuje, że zwolnienie Ucznia/uczennicy z zajęć wychowania fizycznego, zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. poz. 843)** następuje po przedstawieniu opinii (a nie zwolnienia) dotyczącej stanu zdrowia ucznia z zajęć wychowania fizycznego w okresie semestralnym lub całorocznym.

Uczeń/uczennica .....  
z klasy .....  
zwrócił(a) się do dyrektora szkoły z prośbą o wydanie decyzji zwalniającej z zajęć wychowania fizycznego.

W opinii należy podać zakres (całkowitego/częściowego) zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego oraz okres, na jaki zwolnienie będzie, typu ćwiczeń, których uczeń nie powinien lub nie może wykonywać.

Opinia lekarska, będąca podstawą do wydania przez dyrektora szkoły decyzji zwalniającej ucznia/uczennicę z zajęć wychowania fizycznego na okres semestru lub całego roku powinna być wydana najpóźniej do **30 września** każdego roku szkolnego (poza szczególnymi przypadkami wynikającymi np. z nieprzewidzianej choroby lub wypadku).

Dziękuję za współpracę i załączam wyrazy szacunku

Proszę o poświadczenie zapoznania się z niniejszą informacją i zwrotne przekazanie jej do szkoły wraz z opinią.

Z powyższą informacją zapoznałem/zapoznałam się

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)