**Załącznik nr 1**

do Procedury uzyskania zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

w Zespole Szkół Gastronomicznych im. prof. E. Pijanowskiego

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 dnia ………………………….roku szkolnego 20……../20……………...

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

od dnia………………………… do dnia ………………………….roku szkolnego 20………..../20…………..

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

(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej) (pieczęć i podpis lekarza)

miejscowość i data…………………………………………..

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2**

do Procedury uzyskania zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

w Zespole Szkół Gastronomicznych im. prof. E. Pijanowskiego

OŚWIADCZENIE O ZREALIZOWANIU PRZEZ UCZNIA

TREŚCI PODSTAWY PROGRAMOWEJ Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Oświadczam, że uczeń klasy

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. …………………………………..

 miejscowość 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\* klasy …………………………………………z 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