

Oleśnica, dn.

.....
pieczętka przychodni lekarskiej

OPINIA LEKARSKA

Po przeprowadzeniu badań lekarskich ucznia/uczennicy

.....
data urodzeniar. klasa II Liceum Ogólnokształcącego im. Ks. Jana Twardowskiego w Oleśnicy 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*

1. ćwiczenia siłowe
2. ćwiczenia wytrzymałościowe
3. ćwiczenia zwinnościowe
4. ćwiczenia skocznościowe
5. ćwiczenia szybkościowe
6. pływanie rekreacyjne
7. gry i zabawy z piłkami itp.
8. inne

*(proszę o podkreślenie właściwych)

Podstawą zwolnienia

jest.....

.....
W celu zapewnienia pomocy rehabilitacyjnej wnioskuję o skierowanie ucznia/uczennicy na ćwiczenia korekcyjne prowadzone w ramach pozalekcyjnych zajęć szkolnych, z uwzględnieniem następujących 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 UCZNI Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Na podstawie § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów oraz słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 843 z późniejszymi zmianami) w oparciu o opinię lekarską wystawioną przez lekarza medycyny:

.....
zwalniam ucznia/uczennicę

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

podpis nauczyciela wychowania fizycznego

dyrektor szkoły

.....
(podłużna pieczęć szkoły)

INFORMACJA

Dyrektor II Liceum Ogólnokształcącego im. Ks. Jana Twardowskiego w Oleśnicy informuje, że zwolnienie Ucznia/uczennicy z zajęć wychowania fizycznego, zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2015, poz. 843 z późniejszymi zmianami)**, co następuje po przedstawieniu opinii (a nie zwolnienia) dotyczącej stanu zdrowia ucznia oraz przyczyn jego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego w okresie semestralnym lub całorocznym.

Uczeń/uczennica z klasy
II Liceum Ogólnokształcącego im. Ks. Jana Twardowskiego w Oleśnicy zwrócił(a) się do dyrektora szkoły z prośbą o wydanie decyzji zwalniającej z zajęć wychowania fizycznego.

W opinii należy podać ogólną przyczynę zwolnienia oraz okres, na jaki zwolnienie będzie uczniowi przysługiwało. Przy zwolnieniu z częściowych zajęć wychowania fizycznego należy sprecyzować, jakiego typu ćwiczeń uczeń nie powinien lub nie może wykonywać.

W trosce o dobro ucznia i jego prawidłowy rozwój proszę podać, jakie ćwiczenia są dla niego wskazane – szkolni nauczyciele wychowania fizycznego postarają się stosować je w rehabilitacji ruchowej.

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)