

Nazwisko
Imię
Adres
Wydział
Klasa

Zabrze, dnia.....

Dyrektor
Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
Województwa Śląskiego w Zabrzu

Proszę o przychylenie się do opinii lekarza i zwolnienie mnie z wykonywania
ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego.

Do wniosku załączam opinię lekarza.

Oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo w czasie trwania zajęć
wychowania fizycznego.

Podpis ucznia

Podpis nauczyciela prowadzącego WF

Decyzja Dyrekcji Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Województwa
Śląskiego w Zabrzu:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Śląskiego Kuratora Oświaty za moim pośrednictwem, w terminie
14 dni od dnia jej doręczenia.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, 949 i 2203) – art. 68 ust.1 pkt 6

Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania
uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 373 z późn. zm.) - § 4

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej
oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.)

Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego
Województwa Śląskiego w Zabrze
Zabrze ul. 3 Maja 63

....., dnia

Uczeń/uczennica

jest zakwalifikowany/a do grupy*

w okresie od do

*(wybrać właściwe)

Ze względu na stan zdrowia i predyspozycje, uczeń może być zakwalifikowany do jednej z poniższych grup:

A – zdolny do zajęć bez ograniczeń

As – zdolny do zajęć bez ograniczeń, uprawiający dodatkowo sport

B – zdolny do zajęć WF z ograniczeniami

Bk – zdolny do zajęć WF z ograniczeniami, wymagający dodatkowych zajęć ruchowych lub korekcyjnych

C – niezdolny do zajęć WF czasowo lub trwale

C1 – niezdolny do zajęć WF, uczestniczący w zajęciach korekcyjnych

Źródło:pismo MEiN DKOPP-WEK.4019.33.2022.AKZ

OPINIA LEKARZA:

(w przypadku częściowego zwolnienia proszę wpisać rodzaj ćwiczeń, których uczeń nie może wykonywać)

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

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

**Procedura zwolnienia ucznia z zajęć wychowania fizycznego
w Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
Województwa Śląskiego w Zabrze**

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, 949 i 2203) – art. 68 ust.1 pkt 6

Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 373 z późn. zm.) - § 4

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.)

Osoba wydająca zwolnienie:

Dyrektor szkoły.

Wymagane dokumenty:

1. Opinia lekarza o ograniczonych możliwościach uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego.
2. Decyzja Dyrektora Szkoły o zwolnienie ucznia z wychowania fizycznego

Miejsce złożenia dokumentacji:

Wicedyrektor szkoły.

Termin dostarczenia dokumentów:

W semestrze I - do 30 września danego roku szkolnego.

W semestrze II - w ciągu 14 dni od rozpoczęcia nowego semestru.

W nagłych sytuacjach losowych - 14 dni od pierwszego dnia ograniczenia możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego.

Termin wydania zwolnienia:

Do 14 dni od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji.

Inne postanowienia:

W przypadku gdy uczeń uczęszczał na zajęcia wychowania fizycznego w pierwszym semestrze, a w drugim był zwolniony, na świadectwie umieszcza się zwolniony.