Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 10/2017/2018
Dyrektora Szkoły Podstawowej nr 3 im. Henryka Brodatego w Złotoryi
 z dnia 9 X 2017 r.

**PROCEDURA DOTYCZĄCA ZWOLNIEŃ UCZNIA Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 3 IM. HENRYKA BRODATEGO
 W ZŁOTORYI**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59),
2. Rozporządzenie 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. 2015 poz. 843),
3. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017 poz. 1534)
4. Statut Szkoły Podstawowej nr 3 im. Henryka Brodatego w Złotoryi
5. Uczeń może być zwolniony na czas określony z zajęć wychowania fizycznego.
6. W wyjątkowych sytuacjach (np. przeziębienie, inna niedyspozycja zdrowotna) mogą zwolnić ucznia z uczestnictwa w pojedynczych zajęciach wychowania fizycznego rodzice (prawni opiekunowie) poprzez pisemną informację skierowaną do nauczyciela wychowania fizycznego.
7. Zwolnienie ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na okres 1 miesiąca i dłuższy w trybie ciągłym musi być poparte odpowiednią:
8. opinią wystawioną przez lekarza, o braku możliwości uczestnictwa ucznia w tych zajęciach *(załącznik 1a),*
9. opinią wystawioną przez lekarza, o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego
*(*[*załącznik 1b*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/1b.pdf)*).*
10. Zaświadczenie lekarskie, wskazujące na konieczność zwolnienia  z realizacji zajęć wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych należy przekazać nauczycielowi wychowania fizycznego, który obowiązany jest przechowywać je do końca danego roku  szkolnego tj. do 31 sierpnia.
11. Opinia lekarska, wskazująca na konieczność zwolnienia  z realizacji zajęć wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych należy złożyć wraz z wnioskiem
o zwolnienie ucznia z realizacji zajęć wychowanie fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych w sekretariacie szkoły. *(*[*załącznik 2a*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/2a.pdf)*,* [*załącznik 2b*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/2b.pdf)*).*

a/ W przypadku dostarczenia  kolejnej/kolejnych opinii lekarskich dyrektor szkoły przedłuża zwolnienie ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na podstawie tych wszystkich zaświadczeń.

b/ Zwolnienie ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych może dotyczyć pierwszego, drugiego półrocza lub całego roku szkolnego.

1. Wniosek, o którym mowa w punkcie 5. należy przedłożyć dyrektorowi niezwłocznie po uzyskaniu zaświadczenia, jednak nie później niż 7 dni od otrzymania opinii lekarskiej.
2. Dyrektor szkoły zwalnia ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego lub wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych w terminie do 7 dni  roboczych od daty wpływu podania.

a/ Rodzice (opiekunowie prawni) odbierają decyzję dyrektora w sekretariacie szkoły.

b/  O zwolnieniu ucznia poinformowany zostaje nauczyciel prowadzący zajęcia oraz wychowawca ucznia. Fakt przyjęcia informacji do wiadomości potwierdzają podpisem.

c/   Uczeń nabiera prawa do zwolnienia z określonych ćwiczeń fizycznych lub zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego po otrzymaniu decyzji dyrektora szkoły.

1. Uczniowi zwolnionemu z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego dostosowuje się wymagania edukacyjne do jego możliwości.
2. Uczeń zwolniony z realizacji zajęć wychowania fizycznego

a/ ma obowiązek być obecnym na tych zajęciach pod opieką nauczyciela.

 W szczególnych przypadkach, gdy lekcje te są pierwszymi lub ostatnimi   zajęciami w danym dniu, uczeń może być zwolniony z tego obowiązku na podstawie pisemnego oświadczenia *(*[*załącznik 3*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/3.pdf)*)* rodziców (opiekunów prawnych)  i po uzyskaniu zgody dyrektora szkoły. O tym fakcie informowani są: nauczyciel wychowania fizycznego oraz wychowawca klasy.

b/ uczeń nie podlega klasyfikacji z wychowania fizycznego, gdy okres zwolnienia z zajęć uniemożliwia ustalenie klasyfikacyjnej oceny śródrocznej lub rocznej, a w dokumentacji nauczania zamiast oceny klasyfikacyjnej wpisuje się „zwolniony” lub „zwolniona”.

1. Z niniejszą procedurą uczniów zapoznaje nauczyciel wychowania fizycznego na pierwszych zajęciach w danym roku szkolnym, natomiast  rodziców (opiekunów) wychowawca klasy  na pierwszym zebraniu z rodzicami.

ZAŁĄCZNIKI DO PROCEDURY:

[*Załącznik 1a*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/1a.pdf) - opinia lekarska o braku możliwości uczestniczenia ucznia w zajęciach wychowania fizycznego

[*Załącznik 1b*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/1b.pdf)– opinia lekarska o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

[*Załącznik 2a*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/2a.pdf)– wzór wniosku do dyrektora  o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego

[*Załącznik 2b*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/2b.pdf)– wzór wniosku do dyrektora o zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

[*Załącznik 3*](http://sp2olsztyn.pl/school/files/3.pdf)– wzór oświadczenia rodzica/prawnego opiekuna o zwolnienie dziecka z obecności na zajęciach wychowania fizycznego

*Załącznik nr 1a*

pieczęć przychodni lekarskiej

 ……………………………………...

miejscowość/data

**OPINIA LEKARSKA O BRAKU MOŻLIWOŚCI UCZESTNICZENIA UCZNIA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię: ..........................................................................................................

Data urodzenia: ....................................PESEL ..............................................

Adres zamieszkania: ......................................................................

W związku z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia
3 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017 poz. 1534) wydaję opinię o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia .....................................do dnia ..................................

Opinię powyższą wydaje się z powodu ....................................................................................................................................................................................................................................................

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

pieczęć i podpis lekarza

*Załącznik nr 1b*

pieczęć przychodni lekarskiej

 ……………………………………...

miejscowość/data

**OPINIA LEKARSKA O OGRANICZONYCH MOŻLIWOŚCIACH**

**WYKONYWANIA PRZEZ UCZNIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Nazwisko i imię: ..........................................................................................................

Data urodzenia: ....................................PESEL ..............................................

Adres zamieszkania: ......................................................................

W związku z § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia
3 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017 poz. 1534) wydaję opinię o ograniczonych możliwościach wykonywania przez ucznia następujących ćwiczeń fizycznych:

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

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

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

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

o braku możliwości uczestnictwa ucznia w zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia .....................................do dnia ..................................

Opinię powyższą wydaje się z powodu ....................................................................................................................................................................................................................................................

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

pieczęć i podpis lekarza

*Załącznik nr 2a*

…………………………………………..

imię i nazwisko rodzica/opiekuna ……………………………………..

miejscowość/data

………………………………………….

adres zamieszkania

…………………………………………..

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej nr 3
im. Henryka Brodatego
w Złotoryi**

Na podstawie § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017 poz. 1534) oraz opinii wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie
z zajęć wychowania fizycznego ………………………………………
 (imię i nazwisko)

 z klasy ………w okresie od dnia .......................do dnia ..................................

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza

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

 podpis rodzica/prawnego opiekuna

*Załącznik nr 2b*

…………………………………………..

imię i nazwisko rodzica/opiekuna ……………………………………..

miejscowość/data

………………………………………….

adres zamieszkania

…………………………………………..

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej nr 3
im. Henryka Brodatego
w Złotoryi**

Na podstawie § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikacji i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych (Dz. U. 2017 poz. 1534) oraz opinii wydanej przez lekarza proszę o zwolnienie
z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego ………………………………………………………… z klasy ………

 (imię i nazwisko)

w okresie od dnia .......................do dnia ..................................

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza

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

 podpis rodzica/prawnego opiekuna

 *Załącznik nr 3*

 Złotoryja, dnia ………………………

*……………………………………………………*

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

**DYREKTOR**

**SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 3
IM. HENRYKA BRODATEGO
W ZLOTORYI**

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące opieki nad dzieckiem podczas zajęć z wychowania fizycznego**

W związku ze zwolnieniem z realizacji zajęć wychowania fizycznego mojej córki/mojego syna …………………………………………………...uczennicy/ucznia klasy ………………oświadczam, że w trakcie lekcji, gdy są one na pierwszych
lub ostatnich godzinach, tj. :………………………………………………………………

 /wypisać dni tygodnia i nr lekcji/

* będzie przebywać pod moją opieką i biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo mojego dziecka wyznaczonym czasie\*
* będzie przebywać w czytelni\*

……………………………………

 *(podpis rodzica (opiekuna)*

*\*właściwe podkreślić*