|  |  |
| --- | --- |
|  | *Budapest IX. Kerületi*Weöres Sándor Általános Iskola és Gimnázium *Székhely, általános iskola: 1098 Budapest, Lobogó u.1.*  *Telefon és fax: 280-59-94.*  *Gimnázium: 1098 Budapest, Toronyház u. 21.* *Telefon: 280-62-40, Fax: 280-66-03* |

**SZÜLŐI KÉRVÉNY A TESTNEVELÉS ÓRA ALÓLI FELMENTÉSHEZ**

Tisztelt Igazgató Úr!

Alulírott ......................................................................................................................... kérem, hogy .............................................. nevű .............. osztályos tanulót a ........................ tanévben szakorvosi vélemény alapján az alábbiak szerint felmenteni szíveskedjék:

1. könnyített testnevelés felmentés *(tanórán részt vesz, értékelést kap)*

2. gyógytestnevelésen való rendszeres részvétel *(tanórán nem vesz részt, csak gyógytestnevelésre jár, értékelést ott kap)*

3. teljes felmentés (mentesítés az óralátogatás és értékelés alól)

Dátum: ……………………..

………………………………….

Szülő aláírása

A felmentési kérelmet szakorvosi vélemény alapján támogatom / nem támogatom.

Dátum: ………………………

…………………………………

ph Iskolaorvos

Az iskolaorvos javaslata alapján a kérelemben foglaltakat engedélyezem / nem engedélyezem.

Dátum: ……………………………..

……………………………….

ph intézményvezető