

.....  
. *Imię i nazwisko*

..... *data* .....

.....  
*Adres*

.....

## **Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Dyrektor

.....

.....

W .....

Proszę o zwolnienie córki/syna .....  
ucznia klasy ..... z zajęć wychowania fizycznego/określonych ćwiczeń  
na zajęciach wychowania fizycznego zgodnie z załączoną opinią lekarską/zaświadczeniem  
lekarskim\* w terminie od ..... do .....

.....  
(*podpis ucznia/ rodzica/opiekuna prawnego*)

\* niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art.6ust.1 lit.a i art. 9 ust.2 lit.a Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz.Urz.EU nr 119 ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz danych szczególnych zawartych w zaświadczeniu lekarskim/opinii lekarskiej\* w celu zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego/określonych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego. Administratorem danych jest Szkoła. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@zszgorlice.edupoczta.pl](mailto:iod@zszgorlice.edupoczta.pl). Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wydania decyzji o zwolnieniu z zajęć wychowania fizycznego. Podane dane będą przechowywane przez okres nauki, a po tym czasie dla celów archiwalnych zgodnie z obowiązującym prawem.

Oświadczam, że zostałem/-ałam poinformowany/-a o przysługującym mi prawie wglądu do treści danych oraz ich poprawiania i prostowania oraz prawie wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego i nie podlegają profilowaniu.

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*podpis ucznia/ rodzica/ opiekuna prawnego*)

\*\* niepotrzebne skreślić