

## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE MIRAFLORES

Direção – Geral dos Estabelecimentos Escolares

JI Luísa Ducla Soares EB Professora Carmelinda Pereira EB Professor Carlos Neto ES Professor Santana Castilho

**REQUERIMENTO DE DISPENSA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

(Lei n.º 51/2012, de 5 de setembro, artigo 15.º)

Aluno: \_\_\_\_\_

N.º: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Cartão de Cidadão: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

O(a) abaixo-assinado(a), na qualidade de Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) acima identificado(a), vem, por este meio, requerer à **Prof.ª Alice Simões, Diretora do Agrupamento de Escolas de Miraflores**, a **dispensa temporária da prática de Educação Física**, de acordo com o atestado/relatório médico que se anexa ao presente requerimento.

Em conformidade com as orientações do Ministério da Educação ciência e Inovação, solicita-se que a dispensa seja analisada e despachada, tendo em conta as recomendações médicas sobre:

- Atividades físicas interditas;
- Atividades físicas condicionadas;
- Atividades físicas permitidas sem contraindicação.

Mais se declara ter conhecimento de que:

1. A dispensa da prática de Educação Física tem carácter **excepcional e temporário**, não podendo, salvo em situações clínicas devidamente fundamentadas, ultrapassar o período máximo de **um mês**;
2. A frequência da disciplina mantém-se obrigatória, devendo o(a) aluno(a) comparecer às aulas e realizar as atividades compatíveis com a sua situação clínica;

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_

**AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE MIRAFLORES**

**Direção – Geral dos Estabelecimentos Escolares**

JI Luísa Ducla Soares EB Professora Carmelinda Pereira EB Professor Carlos Neto ES Professor Santana Castilho

**RELATÓRIO MÉDICO**

**Dispensa de Educação Física**

Tendo observado o(a) aluno(a) \_\_\_\_\_  
do Ano \_\_\_\_\_, Turma \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, comunico ao/à Professor(a) de Educação Física as seguintes informações:

**Situação suscetível de justificar dispensa de Educação Física (se considerar conveniente):**

---

---

---

**Atividades físicas que estão interditas ao aluno:**

---

---

---

---

**Atividades físicas que são permitidas de modo condicionado:**

---

---

---

---

**Atividades físicas que podem ser praticadas sem contraindicação:**

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_