

Kołobrzeg

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres zamieszkania, telefon

Pan Dyrektor

PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna*

.....
(imię i nazwisko)

ur....., uczninicy / ucznia* klasy.....

z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie:

- od dnia..... do dnia.....

- na okres I / II* semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

Zwracam się z prośbą o zwolnienie córki / syna* z obowiązku obecności na wyżej wymienionych zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem szkoły. W przypadku, gdy zajęcia wychowania fizycznego są lekcją środkową córka / syn * przebywać będzie w bibliotece szkolnej.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić