..... Chodzież, dnia.....

imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....

adres, numer telefonu

Dyrektor
Zespołu Szkół im. Hipolita Cegielskiego
w Chodzieży

Wniosek o zwolnienie z wykonywania wskazanych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna* …… uczennicy /ucznia klasy …… z wykonywania wskazanych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie od ..... do ..... z powodu…… .
W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

OŚWIADCZENIE

W związku ze zwolnieniem córki/syna * …… z zajęć wychowania fizycznego proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na zajęciach, gdy są one prowadzone na pierwszych i ostatnich lekcjach. Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

czytelny podpis rodziców/prawnego opiekuna

Załącznik:

1. Opinia lekarza

** niepotrzebne skreślić*