

Kędzierzyn –Kozłe ,dnia.....

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

**Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
im. Mikołaja Kopernika
w Kędzierzynie-Koźlu**

PODANIE

**O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ NA
ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mnie z WYKONYWANIA ĆWICZEŃ WSKAZANYCH W OPINII
WYDANEJ PRZEZ LEKARZA w okresie

.....
z powodu

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
czytelny podpis ucznia pełnoletniego

