

Kędzierzyn-Koźle, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
.....

adres zamieszkania

DYREKTOR

II Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika
w Kędzierzynie-Koźlu

PODANIE

O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki *

urodzonego/ej....., ucznia / uczennicy* klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna

W związku ze zwolnieniem syna / córki*

ucznia / uczennicy* klasy..... w okresie.....

z zajęć wychowania fizycznego, proszę o zwolnienie syna / córki* z obowiązku obecności na

w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej / ostatniej lekcji.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna / córki * poza terenem
szkoły w tym czasie.

.....

czytelny podpis rodzica /opiekuna

* niepotrzebne skreślić