

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

Warszawa, dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Pani

Anna Czubarowicz

Dyrektor XXV Liceum Ogólnokształcącego

im. J. Wybickiego w Warszawie

ul. Halna 20

04-961 Warszawa

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej* syna/córki*,
ucznia/uczennicy* klasy z ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego
w okresie od do
zgodnie z **załączonym** zaświadczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojego dziecka z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg
obowiązującego planu zajęć.

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo dziecka w tym czasie poza terenem
szkoły.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Załącznik:

zaświadczenie lekarskie

Decyzja Dyrektora Szkoły

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(data, podpis dyrektora)

.....
(data, podpis nauczyciela w-f)

.....
(data, podpis wychowawcy)

*niepotrzebne skreślić