…………………………………………………………. Włoszczowa, dnia………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia

…………………………………………………….

Adres

…………………………………………………….

Telefon kontaktowy

 **Pani**

 **Bożena Kaczor**

Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego im. gen. Władysława Sikorskiego we Włoszczowie

**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 orzeczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności mojego/mojej\*syna/córki\* z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązujacego planu zajęć.

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

………………………………………………………

( czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia )

Załącznik:

Orzeczenie lekarskie

\* Niepotrzebne skreślić