

.....
.....
.....
Słupsk, dn.

(imię, nazwisko, adres)

Dyrektor

**Akademickiego Liceum
Ogólnokształcącego
w Słupsku**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej syna/córki*

.....
(nazwisko i imię)

ur., ucznia/uczennicy* klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie :

- od dnia.....do dnia.....
- na okres I/II* semestru roku szkolnego 20...../20....
- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki*

....., ucznia/uczennicy* klasy ...
(nazwisko i imię)

w okresie od..... z zajęć wychowania fizycznego
zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w
dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji:

.....
(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

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

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)