

.....  
.....  
.....  
Słupsk, dn. ....

.....  
(imię, nazwisko, adres)

**Dyrektor**

**Liceum Ogólnokształcącego  
Straży Granicznej i Straży  
Pożarnej  
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)