..... Słupsk, dn. .....

.....

.....
(imię, nazwisko, adres)

Dyrektor

Wojskowego 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)