

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna/
pełnoletniego ucznia

.....
miejsowość, data

.....
adres

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
nr telefonu rodzica/opiekuna/
pełnoletniego ucznia

Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
im. K. K. Baczyńskiego
w Koninie
ul. 11 Listopada 7a
62-510 Konin

PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie syna/córki/mnie*,
ucznia/uczennicy* klasy z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie
od dnia do dniana podstawie opinii o braku możliwości
uczestniczenia ucznia w tych zajęciach wydanej przez lekarza.

Zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki/mnie* z obowiązku obecności na w/w
zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej godzinie lekcyjnej. Biorę na siebie pełną
odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/mnie* w tym czasie.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna/
pełnoletniego ucznia

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....
data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły

Przyjąłem/Przyjęłam do wiadomości:

.....
data, podpis wychowawcy

.....
data, podpis nauczyciela wychowania fizycznego