Góra Kalwaria, dnia …………………………..…………….

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

………………………………………………………………….
 adres zamieszkania

 DYREKTOR

 Zespołu Szkół Ogólnokształcących

 w Górze Kalwarii

**WNIOSEK**

**O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

mojego syna/mojej córki/mnie\* …………………………………………………………………………………………………………………………

ucznia/uczennicy\* klasy ……………… Szkoły ……………………………………………………………………………………………………………

na podstawie zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza ………………...……………

z dnia …………………………………………. na czas …………………………………………………………………………………………….

 …………………………….……………………..
 czytelny podpis

 rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **OŚWIADCZENIE**

**W przypadku zwolnienia z zajęć w-f zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki/mnie z obowiązku obecności na ww. zajęciach w przypadku, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.**

**Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/moje w tym czasie poza terenem szkoły.**

 .……………………………………………………….
 czytelny podpis

 rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia