

Głogów,.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres)

Dyrektor Zespołu Szkół
Technicznych i Ogólnokształcących
w Głogowie

PODANIE O ZWOLNIENIE CZĘŚCIOWE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/jej syna/córki/ mnie*

.....

(nazwisko i imię)

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

z zajęć wychowania fizycznego w okresie :

- od dnia.....do dnia.....
- na okres I/II* półrocza roku szkolnego 20... /20...
- na okres roku szkolnego 20.../20...
- na okres cyklu edukacyjnego tj. od roku szk. 20.../20..... do roku szk. 20.../20....

Zgodnie z zaleceniami lekarza przedstawionymi w zaświadczeniu lekarskim.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(podpis rodzica, opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić