

Głogów,.....

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres
wnioskodawcy)

Dyrektor Zespołu Szkół
Technicznych i Ogólnokształcących
w Głogowie

PODANIE O ZWOLNIENIE 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....

na podstawie zaświadczenia lekarskiego o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach
wychowania fizycznego.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(podpis rodzica, opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić

W związku ze zwolnieniem syna/córki/mnie*

....., ucznia/ uczennicy*

(nazwisko i imię)

klasy.....w okresie od..... z zajęć wychowania
fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie z obowiązku obecności na w/w zajęciach
w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji:

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/swoje*
w tym czasie poza terenem szkoły.

.....

(czytelny podpis rodzica, opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić