

Dane rodziców/prawnych opiekunów:

.....

miejsowość i data

.....

Nazwisko i imię

.....

Adres

Dyrektor

.....

tel. kontaktowy

.....

.....

.....

Nazwa, numer szkoły i adres

Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojego syna/ mojej córki*

..... ur.

ucznia/ uczennicy klasy* z zajęć wychowania fizycznego/ basenu* w okresie:

• od dnia20....r do dnia20....r

• z powodu.....

.....
podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej

Proszę o zwolnienie syna/ córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

* -właściwe podkreślić

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/zapoznałam się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....

podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Decyzją Dyrektora Szkoły Katarzyny Cozel-Starewicz z dnia

uczeń/uczennica /klasa.....

Zostaje zwolnion -a/y z zajęć wychowania fizycznego od dnia.....do dnia

..... roku szkolnego 20...../20.....

.....

pieczęć szkoły

.....

Data i podpis dyrektora szkoły