

Poznań, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania, telefon

PODANIE
O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO/
Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH*

Proszę o zwolnienie mojego syna/mojej córki*
ucznia/uczenicy klasy* z zajęć wychowania fizycznego
od dnia do dnia
- na okres I lub II półrocza roku szkolnego
- na okres roku szkolnego
z powodu

W załączeniu Przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

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

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego*)

*niepotrzebne skreślić