

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

Milicz, dnia

.....
.....
(adres)

Pani

Marzena Rokita

Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego

im. Armii Krajowej w Miliczu

Proszę o wydanie decyzji o zwolnieniu mojej córki / mojego syna

.....
(imię i nazwisko ucznia / uczennicy , PESEL, klasa)

z zajęć wychowania fizycznego z całego roku szkolnego

z zajęć wychowania fizycznego w pierwszym / drugim* semestrze roku szkolnego

z zajęć wychowania fizycznego w terminie od do

z wykonywania określonych w opinii lekarza ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego na czas określony w/w opinii

– zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojej / mojego córki / syna

.....
(imię i nazwisko ucznia / uczennicy)

z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu. W tym czasie biorę pełną odpowiedzialność za córkę / syna.

.....
(data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

.....
(data i podpis nauczyciela uczącego wychowania fizycznego)

.....
(data i podpis wychowawcy)

*niepotrzebne skreślić