

.....
(pieczęć szkoły)

Zabrze, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Uczeń/uczennica
(imię i nazwisko)

- Jest zdolny/a do ćwiczeń na lekcjach wychowania fizycznego z następującymi ograniczeniami:

.....
.....
.....
.....

- Jest całkowicie zwolniony/a z zajęć z wychowania fizycznego w okresie :

od do

Opinia lekarza:

.....
.....
.....
.....

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zabrze ,dnia

**Dyrektor
Zabrzeńskiego Centrum Kształcenia
Ogólnego i Zawodowego
ul. Piłsudskiego 58
41-800 Zabrze**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJEĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki

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

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

- od dnia do dnia.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

(podpis rodzica /opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki*

..... ucz.kl.

z zajęć wychowania fizycznego , proszę o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy odbywają się one na pierwszej/ostatniej lekcji:

.....
/wpisać dni tygodnia i godziny zajęć/

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

.....

(czytelny podpis rodzica)