

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.

w okresie od do

z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą 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

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

Uwaga: W czasie, gdy uczeń jest zwolniony nie może przebywać na terenie szkoły.

.....
Data

.....
(podpis dyrektora)

*) niepotrzebne skreślić