

....., dnia.....

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

.....
(Adres zamieszkania)

**Dyrektor
ZSCKR w Widzewie**

**Podanie
o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie
(imię i nazwisko uczennicy/ucznia)

ur., uczennicy / ucznia* klasy

z zajęć wychowania fizycznego w okresie: od.....do

z powodu

W załączeniu:

1. Kserokopia zaświadczenia lekarskiego

.....
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

W związku ze zwolnieniem syna / córki*
ucznia / uczennicy* klasy.....w okresie.....

z zajęć wychowania fizycznego, proszę o zwolnienie syna / córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach , gdy są one na pierwszej lub/i ostatniej godzinie lekcyjnej.

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

.....
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

* niepotrzebne skreślić

<p>Przyjąłem/przyjęłam do wiadomości:</p> <p>..... (Czytelny podpis nauczyciela wf)</p> <p>..... (Czytelny podpis wychowawcy)</p>
--