DANE RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA …………………………………..

(miejscowość i data)

Nazwisko:………………………………..

Imię: ……………………………………..

Adres: ……………………………………

……………………………………………

**Pani Dyrektor**

**II Liceum Ogólnokształcącego**

**im. Mikołaja Kopernika**

**we Włocławku**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki\* ……………….............................................................. ur. ..................................................., ucznia/ uczennicy\* klasy ............. z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ............................ do ................................. z powodu ..................................................................................... ...............................................................................

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie

…………………………………………………. (data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna )

**OŚWIADCZENIE**

W związku ze zwolnieniem syna / córki \*................................................................. z zajęć wychowania fizycznego w ww. okresie, proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na ww. zajęciach jeśli przypadają jako pierwsze lub ostatnie w planie lekcyjnym. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w tym czasie.

…………………………………………………. (data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna )

**\*niepotrzebne skreślić**