

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Szczecin,

.....
adres

.....
kod pocztowy, miejscowość

Dyrektor

**IX Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Bohaterów Monte Cassino
w Szczecinie**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki*
Pesel..... ucznia/uczennicy* klasy (rok szkolny /).

1. z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego*
2. z realizacji zajęć wychowania fizycznego*

w **I semestrze / II semestrze / całym roku szkolnym*** z powodu

.....
W załączeniu przedstawiam : Zaświadczenie lekarskie w oryginale.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

W związku ze zwolnieniem mojego syna/córki*.....
ucznia/uczennicy* klasy w okresie z zajęć wychowania fizycznego, zwracam
się z prośbą o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one
na pierwszych lub ostatnich godzinach.

Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za
bezpieczeństwo syna/córki* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Decyzja dyrektora szkoły: wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*

.....
(podpis dyrektora szkoły)

* *właściwie podkreślić*