

.....
Imię i nazwisko (rodzica / pełnoletniego ucznia*)

Adres zam.
.....

**Dyrektor
LXV Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Integracyjnymi
im. gen. Józefa Bema w Warszawie**

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO /
Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ ***

Proszę o zwolnienie mojej/-go córki / syna / mnie (uczeń pełnoletni)*

.....uczennicy / ucznia klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego / z wykonywania określonych ćwiczeń *, w okresie:

od dnia do dnia

z powodu

.....
W załączeniu przedstawiam zwolnienie lekarskie.

W związku z tym zwracam się z prośbą o zwolnienie córki /syna / mnie (uczeń pełnoletni)*
z obowiązku obecności na w/w zajęciach / z wykonywania określonych ćwiczeń * .

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka w tym czasie / Biorę za
siebie pełną odpowiedzialność w tym czasie (uczeń pełnoletni) *.

.....
Podpis rodzica/opiekuna

* **niepotrzebne skreślić**

Decyzja Dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(data, podpis Dyrektora szkoły)