

.....
imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

.....
miejsowość, data

.....
adres: ulica, nr domu, nr mieszkania

.....
adres: kod pocztowy, miejscowość

Dyrektor
Zespołu Szkół Drzewnych
w Bydgoszczy

Dotyczy: zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojej córki/mojego syna *
ur. dnia , uczeń/uczni * klasy
z zajęć wychowania fizycznego w okresie:
z powodu

W załączeniu przedkładam opinię lekarską o ograniczonych możliwościach uczestniczenia córki/syna*
w zajęciach wychowania fizycznego.

.....
czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)

W związku ze zwolnieniem mojej córki/mojego syna *
uczeń/uczni * klasy, w okresie:
z zajęć wychowania fizycznego, proszę o zwolnienie córki/syna* z obowiązku obecności na zajęciach
w dniach, gdy są one na pierwszych/ostatnich lekcjach, tj.:

.....
podać dni i godziny zajęć

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

.....
czytelny podpis rodzica (opiekuna prawnego)