

.....
imię i nazwisko ucznia pełnoletniego

.....
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 mnie
ur. dnia , uczeń/uczni * klasy
z zajęć wychowania fizycznego w okresie:
z powodu

W załączeniu przedkładam opinię lekarską o ograniczonych możliwościach uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego.

.....
czytelny podpis ucznia pełnoletniego

W związku ze zwolnieniem mnie
uczeń/uczni * klasy , w okresie:
z zajęć wychowania fizycznego, proszę o zwolnienie mnie 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 mój pobyt i bezpieczeństwo poza terenem szkoły w tym czasie.

.....
czytelny podpis ucznia pełnoletniego