

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

Warszawa, dnia

.....
(adres)

.....
telefon kontaktowy)

Pani
Katarzyna Majewska-Mrówczyńska

Dyrektor
Zespołu Szkół
Architektoniczno – Budowlanych i Licealnych
im. Stanisława Noakowskiego
w Warszawie

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej* syna/córki*,
ucznia/uczennicy* klasy z zajęć wychowania fizycznego w okresie
od do

zgodnie z **załączonym** orzeczeniem lekarskim.

Oświadczam, iż w sytuacji, kiedy lekcje wychowania fizycznego przypadają w planie jako środkowe, mój syn/córka* ma obowiązek przebywać pod opieką nauczyciela prowadzącego zajęcia.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności mojego/mojej syna/córki* na lekcjach wychowania fizycznego w sytuacji, kiedy przypadają one na pierwsze lub ostatnie godziny lekcyjne wg obowiązującego planu.

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

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

Załącznik:
orzeczenie lekarskie

Decyzja Dyrektora Szkoły:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(data, podpis dyrektora)

.....
(data, podpis nauczyciela wf)

.....
(data, podpis wychowawcy)

* **niepotrzebne skreślić**