

.....
(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 ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej* syna/córki*,
ucznia/uczennicy* klasy z ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie
od do
zgodnie z **załączonym** orzeczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności mojego/mojej syna/córki* z pierwszych lub ostatnich lekcji
wychowania fizycznego wg obowiązującego planu zajęć.

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