

Szczecin, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna)

.....
(adres)

.....

**Dyrektor
Liceum Ogólnokształcącego
Z Oddziałami Integracyjnymi
w Szczecinie**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/ syna.....
uczennicy/ ucznia klasy z zajęć wychowania fizycznego od
do roku szkolnego

Do podania dołączam zaświadczenie lekarza o ograniczonej możliwości ucznia w zajęciach
z wychowania fizycznego.

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za córkę/ syna w czasie trwania
lekcji wychowania fizycznego.

.....
(podpis opiekuna, rodzica)