Kartuzy, dnia ……

……..
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

……
adres zamieszkania

……

DYREKTOR

Zespołu Szkół Zawodowych i Ogólnokształcących

w Kartuzach

WNIOSEK
O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

mojego syna/mojej córki/mnie* ……

ucznia/uczennicy* klasy …… Szkoły ……

na podstawie zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza ……

z dnia …… na czas zawarty w zaświadczeniu.

……
/czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia/

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

W przypadku zwolnienia z zajęć w-f <u>zwracam się z prośbą</u> o zwolnienie syna/córki/mnie z obowiązku obecności na ww. zajęciach w przypadku, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

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

……..
/czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia/

*niepotrzebne skreślić