

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
miejsowość, data

.....
adres: ulica, nr domu, nr mieszkania

.....
adres: kod pocztowy, miejscowość

Dyrektor
Zespołu Szkół Nr 1 w Kołobrzegu

Sprawa: zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mnie -
ur. dnia, uczeniicy/ucznia * klasy
z zajęć wychowania fizycznego w okresie:
z powodu

W załączeniu przedkładam zaświadczenie lekarskie.

.....
czytelny podpis ucznia

W związku ze zwolnieniem mnie *
uczenniicy/ucznia * 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 rodzica

* - niepotrzebne skreślić