

Bytom, dnia

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Wniosek o zwolnienie ucznia z realizacji zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie córki/syna* z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od do..... roku szkolnego

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza o braku możliwości uczestniczenia w tych zajęciach. Jednocześnie proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na zajęciach gdy odbywają się na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej

.....
(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
podpis rodzica (prawnego opiekuna)

*niepotrzebne skreślić