

Dane rodziców (opiekunów prawnych), dn.

Nazwisko:.....

Imię:

Adres:.....

Telefon:.....

Dyrektor

Salezjańskiej Szkoły Podstawowej

im. św. Dominika Savio w Lubinie

Proszę o zwolnienie syna * / córki *

.....

ur., ucznia * / uczennicy * klasy,

z zajęć wychowania fizycznego

1. całkowicie

lub

2. wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych*

.....

.....

w okresie *:

- od dnia do dnia.....

- I lub II semestr roku szkolnego 20 / 20

- na okres roku szkolnego 20 / 20

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

Z poważaniem

.....

podpis rodzica (opiekuna prawnego)

* właściwie podkreślić

Dane rodziców (opiekunów prawnych), dn.

Nazwisko:.....

Imię:

Adres:.....

Telefon:.....

Dyrektor

Salezjańskiej Szkoły Podstawowej

im. św. Dominika Savio w Lubinie

W związku ze zwolnieniem syna / córki*

....., ucznia / uczennicy* klasy.....

(nazwisko i imię)

w okresie od.....do.....z zajęć wychowania fizycznego

zwracam się z prośbą o zwolnienie syna / córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach

w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji:

.....

(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna / córki*
w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

.....

Decyzja Dyrektora Szkoły

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

Uwaga: W czasie gdy uczeń jest zwolniony nie może przebywać na terenie szkoły

.....
miejsowość, data

.....
podpis dyrektora

* właściwie podkreślić