

Grudziądz dn.

.....
Nazwisko i imię
rodzica/ opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia

.....
Adres

.....
Miejscowość

Dyrektor

II Liceum Ogólnokształcącego

im. Króla Jana III Sobieskiego

w Grudziądzu

Zwracam się z prośbą o zwolnienie córki/syna.....
uczennicy/ucznia klasy z czynnego uczestnictwa w zajęciach wychowania
fizycznego zgodnie ze zwolnieniem lekarskim na okres
.....

W załączeniu:

Zaświadczenie lekarskie (zwolnienie lekarskie)

Podpis nauczyciela wychowania fizycznego:

.....
.....
własnoręczny podpis rodziców/opiekuna
prawnego lub pełnoletniego ucznia

.....
Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

Grudziądz dn.

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

.....
adres: kod pocztowy, miejscowość

Dyrektor

II Liceum Ogólnokształcącego

im. Króla Jana III Sobieskiego

w Grudziądzu

W związku ze zwolnieniem mojej córki/mojego syna*
uczennicy/ucznia* klasy, w okresie
z ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego proszę o zwolnienie córki/syna *
z obowiązku obecności na zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszych lub ostatnich
godzinach lekcyjnych, tj. :

.....
podać dni i godziny zajęć

Córka/syn* będą mieli odnotowaną nieobecność usprawiedliwioną na tych zajęciach.
Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt
i bezpieczeństwo córki/syna* poza terenem szkoły w tym samym czasie.

.....
własnoręczny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić