

Poznań, dnia

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(klasa)

.....
(rok szkolny)

**Do
Dyrektora Zespołu Szkół Elektrycznych nr 2
im. ks. Piotra Wawrzyniaka
w Poznaniu**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO/WSKAZANYCH ĆWICZEŃ*

Na podstawie zaświadczenia lekarskiego z dnia proszę o zwolnienie
mojego syna/córki* ucznia/uczennicy* klasy
z zajęć WYCHOWANIA FIZYCZNEGO /ze WASKAZANYCH ĆWICZEŃ* w terminie
w roku szkolnym

Do wniosku dołączam zaświadczenie lekarskie.

W przypadku pierwszych lub ostatnich lekcji WF/WSKAZANYCH ĆWICZEŃ zgodnie z
obowiązującym planem zajęć proszę o zwolnienie mojej córki / mojego syna* z wyznaczonych w
tym czasie zajęć.

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

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(podpis dyrektora)

.....
(data, podpis rodzica)

.....
(data, podpis nauczyciela wychowania fizycznego)

.....
(data, podpis wychowawcy)

(właściwe podkreślić)*