

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 syna/córki*
ucznia/uczenicy* klasy z zajęć WYCHOWANIA FIZYCZNEGO / ze WSKAZANYCH
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 syna/córki* z wyznaczonych w tym czasie zajęć.

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

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

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

.....
(data, podpis wychowawcy)

Decyzja Dyrektora szkoły
wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

(właściwe zaznaczyć)*

.....
(data, podpis Dyrektora)