

.....
Miejscowość, data.....
Imię i nazwisko.....
Adres.....
Telefon kontaktowy**Dyrektor Liceum Ogólnokształcącego COR****Podanie o zwolnienie
z wykonywania określonych ćwiczeń / zajęć wychowania fizycznego***

Proszę o zwolnienie, ucznia / uczennicy* klasy
z wykonywania niżej wymienionych ćwiczeń / zajęć wychowania fizycznego*.

.....
.....
.....
w okresie**:

- a. od dnia do dnia
- b. na okres roku szkolnego
- c. na okres I / II* semestru roku szkolnego

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
Podpis rodzica / pełnoletniego ucznia*

W związku ze zwolnieniem z zajęć wychowania fizycznego syna / córki / mnie*
....., ucznia / uczennicy* klasy Liceum Ogólnokształcącego COR
w Bielsku-Białej w okresie zwracam się z prośbą o zwolnienie syna / córki /
mnie* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach:

.....
..... (wypisać dni tygodnia i godziny zajęć)Jednocześnie informuję, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt
i bezpieczeństwo syna / córki / swój* w tym czasie......
Data.....
Podpis rodzica / pełnoletniego ucznia

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić odpowiedni punkt, zgodnie z zaświadczeniem lekarskim