

.....
Miejscowość, data.....
Imię i nazwisko.....
Adres.....
Telefon kontaktowy**Dyrektor Liceum Ogólnokształcącego COR****Podanie o zwolnienie z zajęć informatyki**

Proszę o zwolnienie, ucznia / uczennicy* klasy z zajęć informatyki w okresie**:

- od dnia do dnia
- na okres roku szkolnego
- na okres I / II* semestru roku szkolnego

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
Podpis rodzica / pełnoletniego ucznia*

W związku ze zwolnieniem z zajęć informatyki syna / córki / mnie*, ucznia / uczennicy* klasy Liceum Ogólnokształcącego COR w Bielsku-Białej w okresie zwracam się z prośbą o zwolnienie syna / córki* 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