

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego
opiekuna/ppełnoletniego ucznia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(kod pocztowy)

.....
(nr telefonu rodzica/ prawnego
opiekuna/ppełnoletniego ucznia)

Dyrektor

**Akademickiego Liceum Ogólnokształcącego
przy Akademii Mazowieckiej w Płocku**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojego syna/mojej córki/mnie*
ucznia/uczennicy* klasy na podstawie opinii/zaświadczenia lekarskiego
wydanego przez lekarza z dnia
na czas

.....
(podpis rodzica/ prawnego opiekuna/
pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

W przypadku zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki/mnie z obowiązku obecności na ww. zajęciach.

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/moje w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
(podpis rodzica/ prawnego opiekuna/
pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić