……………………………………………………… Kamień Pomorski, dnia………………………………….

*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)*

…………………………………………………………

…………………………………………………………

*(adres)*

………………………………………………………

*(tel. kontaktowy)*

**Pani Teresa Malec**

Dyrektor

Liceum Ogólnokształcącego

im. Bolesława Krzywoustego

w Kamieniu Pomorskim

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego/mojej\* syna/córki\* …………………………………………………………………………………………………

Ucznia/uczennicę\* klasy ………………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie:

od…………………………………………………………….. do …………………………………………………………………

zgodnie z załączonym orzeczeniem lekarskim.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności mojego syna/córki\* z pierwszych lub ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu zajęć.

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

…………………………………………………………….

*(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia)*

Załącznik:

Orzeczenia lekarskie

\*niepotrzebne skreślić