

WNIOSEK

O ZWOLNIENIE UCZNIĄ Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO/ Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO*

..... dnia..... r.

Wnioskodawca:

(rodzic/opiekun prawny/pelnoletni uczeń)

imię i nazwisko

adres, nr telefonu

Dyrektor
CXXXVII Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Roberta Schumana w Warszawie

Proszę o zwolnienie:

- z realizacji zajęć wychowania fizycznego
- z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego*

uczniā klasy.....
(klasa, imię i nazwisko uczniā)

na podstawie opinii wydanej przez lekarza w okresie

podpis wnioskodawcy

Załącznik:

- opinia lekarska

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na zajęciach gdy odbywają się na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.....
(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

Oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie poza terenem szkoły.

podpis wnioskodawcy

podpis wychowawcy klasy

podpis nauczyciela WF

*** niewłaściwe skreślić**