

....., dn.

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....

Wniosek o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

**Do Dyrekcji CKZiU
w Dąbrowie Górniczej**

Proszę o zwolnienie mnie / uczennicy / ucznia* klasy z zajęć wychowania fizycznego w terminie od do zgodnie z opinią lekarską.

Oświadczam jednocześnie, że w przypadkach, gdy zajęcia wychowania fizycznego realizowane są na pierwszych lub ostatnich lekcjach biorę za córkę/syna pełną odpowiedzialność.

.....
podpis rodziców/
pełnoletniego ucznia

*- niepotrzebne skreślić

....., dn.

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....

Wniosek o zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego

**Do Dyrekcji CKZiU
w Dąbrowie Górniczej**

Proszę o zwolnienie mnie/córki/syna*.....
ur., uczennicy/ucznia klasy z wykonywania
określonych ćwiczeń fizycznych w terminie od do
z powodu:

.....
.....
.....
.....

W załączeniu przedkładam opinię lekarską.

.....
podpis rodziców/
pełnoletniego ucznia

*-niepotrzebne skreślić