………………………………….………………………… ……………………………………………..

 Imię i nazwisko ucznia data

…………………

klasa

 **Dyrektor**

 **Liceum Ogólnokształcącego**

 **w Trzciance**

**Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki\* …………………………………..…………………………………………… z zajęć wychowania fizycznego\*/zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń\* w okresie od ………………….…..………. do ……………….…..……………

w związku z wydanym zaświadczeniem lekarskim.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

..……………………………………………………..……………….

(*czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna*)

**Decyzja Dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

..……………………………………………………..……………….

 *podpis Dyrektora*

W związku ze zwolnieniem syna/córki\* ………..…………………………………………………..…………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ………………….…..………. do ……………….…..……………, proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na w/w zajęciach.

Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo córki/syna\* w tym czasie.

..………………………………………………………….

(*podpis rodzica/prawnego opiekuna*)

\**Niepotrzebne skreślić*

**Decyzja Dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

..……………………………………………………..……………….

 *podpis Dyrektora*