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

 (miejscowość, data)

ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/jej syna/córki\*

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

(nazwisko i imię)

ucznia/uczennicy klasy.................................. Szkoły Podstawowej nr 2 w Trzebnicy z zajęć

wychowania fizycznego w okresie :

a) od dnia............................................ do dnia...........................................

b) na okres I/II semestru roku szkolnego 20....../20....

c) na okres roku szkolnego 20....../20......

z powodu.....................................................................................................

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie (dot. punktów: b, c)

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

 ( podpis rodzica lub opiekuna)

**Oświadczenie rodzica**

W związku ze zwolnieniem syna/córki................................................................................................... ,

 ( nazwisko i imię)

ucznia/ uczennicy klasy.......................... w okresie od...................................................... z zajęć

wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki z obowiązku obecności na

 w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji:

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

( wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

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

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica lub opiekuna)