

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

Żory, .....

(imię, nazwisko, adres)

Dyrektor mgr Urszula Machalica  
Zespołu Szkół Ogólnokształcących w Żorach

ul. Powstańców 6  
44-240 Żory

### PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/jej syna/córki\* .....  
(nazwisko i imię)

ur. .... w ..... ucznia/uczennicy\*klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie : od dnia.....do dnia.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....  
( podpis rodzica lub opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki\* .....  
( nazwisko i imię)

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.

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna)