

.....

Szczecin, dnia.....

imię i nazwisko rodzica
(prawnego opiekuna)

.....

adres zamieszkania, telefon

Dyrektor
Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 3
ul. Orawska 170-131 Szczecin

PODANIE
O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego/mojej syna/córki.....
ur., ucznia/uczennicy klasy z zajęć
wychowania fizycznego:

- od dnia do dnia
- na okres..... semestru roku szkolnego 20...../20.....
- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu

.....

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie.
2.
3.

.....

podpis rodzica (prawnego opiekuna)