

Katowice, dnia.....

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego ucznia)

.....

.....
Adres zamieszkania

.....
Klasa

Szanowny Pan
dr Jacek Pruciak
Dyrektor II Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Marii Konopnickiej
w Katowicach

Proszę o wydanie decyzji o zwolnienie mojej córki / mojego syna*
..... z zajęć wychowania fizycznego
(imię i nazwisko ucznia / uczennicy)
w pierwszym / drugim semestrze* roku szkolnego /
(lub podać datę) od do – zgodnie z załączonym
zaświadczeniem lekarskim o całkowitym braku możliwości uczestnictwa w tych
zajęciach z dnia

Jednocześnie proszę o zwolnienie mojej córki / mojego syna* z pierwszych lub
ostatnich lekcji wychowania fizycznego wg obowiązującego planu. W tym czasie
biorę pełną odpowiedzialność za córkę / syna*.

.....
podpis wychowawcy

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
podpis nauczyciela wychowania fizycznego

.....
podpis wicedyrektor

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
podpis dyrektora

*niepotrzebne skreślić