

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 aktywnego udziału w zajęciach  
(imię i nazwisko ucznia / uczennicy)

wychowania fizycznego/z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych\* w okresie  
od ..... do ..... – zgodnie  
z załączonym zaświadczeniem lekarskim o ograniczonych możliwościach  
wykonywania ćwiczeń fizycznych z dnia .....

.....  
podpis wychowawcy

.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....  
podpis nauczyciela wychowania fizycznego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*

.....  
podpis dyrektora

\*niepotrzebne skreślić