|  |  |
| --- | --- |
| (imię i nazwisko rodzica/pełnoletniego ucznia)    (adres zamieszkania) | Lubliniec, dn. |
|  | Dyrektor **Zespołu Szkół nr1 im. Adama Mickiewicza  w Lublińcu** |

Zwracam się z prośbą o zwolnienie

(imię i nazwisko ucznia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ucznia klasy | PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

z ćwiczeń:

na zajęciach wychowania fizycznego od dnia do dnia

Zajęć wychowania fizycznego uczy

(imię i nazwisko nauczyciela)

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

|  |  |
| --- | --- |
|  | (czytelny podpis rodzica/pełnoletniego ucznia) |