|  |  |
| --- | --- |
|   (imię i nazwisko rodzica/pełnoletniego ucznia)  (adres zamieszkania)  | Lubliniec, dn.  |
|  | Dyrektor **Zespołu Szkół nr1im. Adama Mickiewicza w Lublińcu** |

Zwracam się z prośbą o zwolnienie

 (imię i nazwisko ucznia)

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

z zajęć wychowania fizycznego od dnia do dnia

Zajęć wychowania fizycznego uczy

 (imię i nazwisko nauczyciela)

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

Jednocześnie proszę o zwolnienie z obecności w szkole w czasie w/w zajęć jeśli przypadają na pierwsze lub ostatnie lekcje w planie. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za moje dziecko/siebie w tym czasie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAK** |

|  |
| --- |
|  |

 | **NIE** |

|  |
| --- |
|  |

 |

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