|  |  |
| --- | --- |
| (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 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) |