

.....
(miejsowość i data)

DANE PEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ

Nazwisko:.....

Imię:

Klasa:

Do Dyrektor
I Liceum Ogólnokształcącego
im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Złotowie

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mnie
(imię i nazwisko)

ur. W
(data urodzenia) (miejsowość)

ucznia / uczennicy klasy z :

- wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego *

- całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego *

na podstawie opinii wydanej przez lekarza :

- od dnia do dnia

- na rok szkolny 20..... / 20.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

Jednocześnie proszę o zwolnienie mnie z obecności na pierwszych lub ostatnich lekcjach wychowania fizycznego wg obowiązującego planu zajęć.

W sytuacji, kiedy zajęcia przypadają w planie jako środkowe będę przebywać w sali gimnastycznej pod opieką nauczyciela prowadzącego zajęcia.

.....
(czytelny podpis pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić