

Konstancin-Jeziorna, dnia

.....
imię i nazwisko
rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

.....
.....
adres zamieszkania

DYREKTOR

Zespołu Szkół im. Wł. St. Reymonta
w Konstancinie-Jeziornie

WNIOSEK

O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Zwracam się z prośbą o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego
mojego syna/mojej córki/mnie*
ucznia/uczennicy* klasy Szkoły
na podstawie zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza
z dnia na czas

.....
czytelny podpis

rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

W przypadku zwolnienia z zajęć w-f zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki/mnie z obowiązku obecności na ww. zajęciach w przypadku, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/moje w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
czytelny podpis

rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia