

Kędzierzyn –Kozłe dnia

Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
im. Mikołaja Kopernika
w Kędzierzynie -Kozłu

PODANIE

**O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ NA
ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki

ur., ucznia / uczennicy klasy

Z WYKONYWANIA ĆWICZEŃ WSKAZANYCH W OPINII WYDANEJ PRZEZ
LEKARZA w okresie:

.....

z powodu

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....

czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

niepotrzebne skreślić