



....., dnia

(imiona i nazwisko rodziców)

.....

.....

(adres)

Do Dyrektora

Zespołu Szkół im. Gen. Dezyderego Chłapowskiego

w Bolechowie

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego syna / córki

..... ur., ucznia / uczennicy klasy

w okresie od do

Do wniosku dołączam zwolnienie lekarskie.

.....

podpis rodziców

OŚWIADCZENIE RODZICÓW

W związku z zaświadczeniem lekarskim o braku możliwości uczestniczenia w zajęciach WF, proszę o zwalnianie mojego syna / mojej córki* z obecności w szkole w czasie lekcji WF, jeżeli przypadają na pierwsze lub ostatnie godziny w planie.

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie.

W przypadku, gdy w/w zajęcia odbywać się będą pomiędzy innymi zajęciami edukacyjnymi moje dziecko będzie znajdowało się pod opieką nauczyciela WF.

.....

podpis rodziców