

Janów Lubelski, dn.

Dyrektor
Liceum Ogólnokształcącego
im. Bohaterów Porytowe Wzgórza
w Janowie Lubelskim

PODANIE

O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO / Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO/

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki

.....

(imię i nazwisko)

urodzonego/ej,

(data i miejsce urodzenia)

ucznia / uczennicy klasy,

1) * z wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania

fizycznego na podstawie opinii

lekarza:

.....

..... w okresie od dnia..... do dnia.....

2) * z realizacji zajęć wychowania fizycznego na podstawie opinii lekarza w okresie:

od dnia do dnia.....

z powodu.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....

podpis rodzica / opiekuna

* proszę zakreślić właściwą informację

