

Skierniewice, dnia

.....
Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia/rodzica/ prawnego opiekuna*

.....
Adres zamieszkania

Dyrektor
Zespołu Szkół Nr 3
im. Wisławy Szymborskiej
w Skierniewicach

Podanie o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mnie / mojej córki / syna

.....
Imię i nazwisko

Uczennicy/uczniacy klasy

Z udziału w zajęciach wychowania fizycznego w okresie:

- Od dnia Do dnia
- Na okres I / II* półrocza roku szkolnego 20 ... / 20
- Na okres całego roku szkolnego 20 / 20

Z powodu

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
Podpis pełnoletniego ucznia/rodzica/prawnego opiekuna

*niepotrzebne skreślić