

.....
Opole,
.....
.....

Dyrektor
Publicznego Liceum Ogólnokształcącego nr IX
im. Generała Władysława Andersa
w Opolu

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

Proszę o zwolnienie mojego syna / córki*

.....
(nazwisko i imię)

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

z wykonywania na zajęciach wychowania fizycznego ćwiczeń określonych
w opinii lekarskiej w okresie:

- od dnia.....do dnia.....

- na okres I / II* semestru roku szkolnego 20...../ 20.....

- na okres roku szkolnego 20...../ 20.....

W załączeniu przedstawiam opinię lekarza.

.....
(podpis rodzica (opiekuna prawnego))

* niepotrzebne skreślić