

Łódź,

.....
(imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna ucznia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor
Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych nr 5
w Łodzi

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ĆWICZEŃ NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Na podstawie zaświadczenia lekarskiego o ograniczonych możliwościach wykonywania ćwiczeń fizycznych wydanego w dniu przez

(data wystawienia zaświadczenia)

(imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie)

..... proszę o częściowe/całkowite zwolnienie mojej córki/ mojego

(niepotrzebne skreślić)

syna

uczennicy/ucznia klasy z określonych w zaświadczeniu ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego w okresie od dnia do dnia

(okres, na który zostało wystawione zaświadczenie)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna ucznia)