

Łódź,

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

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor
Zespołu Szkół Ponadpodstawowych 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 syna
(niepotrzebne skreślić)
..... 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)

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

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