

.....
Nazwisko i imię

Olkusz, dn. r.

.....
Adres

.....
Klasa

.....
Nazwisko i imię wychowawcy

.....
Nazwisko i imię nauczyciela WF

**Do Dyrekcji Zespołu Szkół Nr 1
im. Stanisława Staszica w Olkusz**

Podanie

Proszę o zwolnienie mojej córki / mojego syna
z lekcji wychowania fizycznego w okresie od do

Jeżeli zajęcia wychowania fizycznego odbywają się na pierwszych lub ostatnich godzinach
lekcyjnych, biorę odpowiedzialność za moje dziecko na w/w godzinach.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
Podpisy obojga rodziców / opiekunów prawnych