Wysoka, dnia .....................................

Nazwisko: ………………………………………

Imię: ………………………………………….…

Klasa: ………………………………….......……

Adres: ……………………………………….…..

………………………………………………..….

**Dyrektor  
Zespołu Szkół im. T. Kościuszki**

**w Wysokiej**

**wNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna / córki\*

………………………………………………………………………ur.………………………..

ucznia / uczennicy klasy\* ……………………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie   
od dnia……………………………….……………do dnia…………………………………….

z powodu…………………………………………….………………………………………….

.......................................................................................................................................................

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

Jednocześnie zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku obecności   
na w/w zajęciach, gdy lekcje te są pierwszymi lub ostatnimi zajęciami w danym dniu.

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki\* w tym czasie poza terenem szkoły.

…………………………………………….

*czytelny podpis rodzica (opiekuna)*

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

Uwaga. W czasie, gdy uczeń jest zwolniony nie może przebywać na terenie szkoły.

……………………………………………….

*data podpis dyrektora*

**\*** niepotrzebne skreślić

Wysoka, dnia .....................................

Nazwisko: ………………………………………

Imię: ………………………………………….…

Klasa: ………………………………….......……

Adres: ……………………………………….…..

………………………………………………..….

**Dyrektor  
Zespołu Szkół im. T. Kościuszki**

**w Wysokiej**

**wNIOSEK O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojego syna / córki\*

………………………………………………………………………ur.………………………..

ucznia / uczennicy klasy\* ……………………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie   
od dnia……………………………….……………do dnia…………………………………….

z powodu…………………………………………….………………………………………….

.......................................................................................................................................................

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

…………………………………………….

*czytelny podpis rodzica (opiekuna)*

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

……………………………………………….

*data podpis dyrektora*

**\*** niepotrzebne skreślić