

.....  
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....  
miejsowość, data

.....  
Adres: ulica, nr domu, nr mieszkania

.....  
Adres: kod pocztowy, miejscowość

**Dyrektor  
Zespołu Szkół Mechanicznych  
w Opolu**

Dotyczy: zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojej córki/ mojego syna\*: .....

ur. dnia ....., uczennicy/ ucznia klasy .....

z zajęć wychowania fizycznego w okresie: .....

z powodu .....

W załączniku przekazuję opinię lekarską/ zaświadczenie lekarskie o ograniczonych możliwościach uczestniczenia córki/ syna\* w zajęciach wychowania fizycznego.

.....  
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem mojej córki/ syna\* .....

Uczennicy./ ucznia klasy ....., w okresie .....

Z zajęć wychowania fizycznego, proszę o zwolnienie córki/ syna\* z obowiązku obecności na zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszych / ostatnich lekcjach.

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

.....  
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

- Niepotrzebne skreślić