Mrągowo, dnia ………………………………………

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**DANE WNIOSKODAWCY**

(pełnoletni uczeń, rodzic / opiekun prawy)

…………………………………………………………………………………..

(Nazwisko Imię)

…………………………………………………………………………………..

(Adres zamieszkania)

…………………………………………………………………………………..

**DYREKTOR**

**Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego**

**w Mrągowie**

**Sprawa: zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie mnie/mojego syna/córki \* - ………………………………………………………………………………………...

ur. dnia , uczennicy/ucznia \* klasy ………………………………………….. z:

* udziału w zajęciach wychowania fizycznego na podstawie opinii wydanej przez lekarza:

od dnia …………………....….. do dnia …………………....…..

na okres semestru …………………....….., roku szkolnego 20.…….. / 20…….…

na okres roku szkolnego 20.…….. / 20…….…

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

* wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego \*

W załączeniu przedkładam zaświadczenie lekarskie.

czytelny podpis ucznia/rodzica/opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem mnie/mojego syna/ córki \* - ………………………………………………………………………...

ur. dnia , uczennicy/ucznia \* klasy ………………………………………….. z:

z zajęć wychowania fizycznego w okresie……………………………………………………………………., proszę o zwolnienie mnie z obowiązku obecności na zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszych lub ostatnich lekcjach, tj. ………………………………………………………………………………………………………

podać dni i godziny zajęć

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt mój/mojego dziecka i bezpieczeństwo poza terenem szkoły w tym czasie.

\* niepotrzebne skreślić czytelny podpis ucznia/rodzica/opiekuna prawnego