……………………………………………………..

*Miejscowość, data*

………………………………………………………………….

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia*

*………………………………………………………………..*

*Ulica/miejscowość*

*……………………………………………………………….*

*Kod pocztowy, miejscowość*

……………………………………….………………………

*Telefon kontaktowy*

**Dyrektor Zespołu Szkół Leśnych**

**w Biłgoraju**

**ul. Polna 3, 23-400 Biłgoraj**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

 Proszę o zwolnienie syna/córki/mnie\* …………………………………………………………………………

ucznia/uczennicy\* klasy……………..z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od dnia…………………………do dnia……………………………….na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia/uczennicy w tych zajęciach wydanej przez lekarza (w załączeniu zaświadczenie lekarskie).

 Zwracam się z prośbą o zwolnienie syna/córki/mnie\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach
w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/mnie\* poza terenem szkoły w tym czasie.

 ……………………………………………………………..

*Czytelny podpis rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia*

\**niepotrzebne skreślić*