

.....  
Imię i nazwisko ucznia

.....  
data

.....  
klasa

**Dyrektor  
Liceum Ogólnokształcącego  
w Trzciance**

### **Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego**

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki\* .....  
z zajęć wychowania fizycznego\*/zwolnienie z wykonywania określonych ćwiczeń\*  
w okresie od ..... do .....  
w związku z wydanym zaświadczeniem lekarskim.

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....  
*(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)*

#### **Decyzja Dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

.....  
*podpis Dyrektora*

## OŚWIADCZENIE

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*

..... z zajęć wychowania fizycznego w ww.  
okresie, proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na ww. zajęciach, gdy są one na pierwszej  
lub ostatniej lekcji.

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

.....  
(*podpis rodzica/prawnego opiekuna*)

*\*Niepotrzebne skreślić*

**Decyzja Dyrektora szkoły:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*

.....  
*podpis Dyrektora*