

Łódź, dnia.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia,
lub ucznia pełnoletniego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrekcja XV Liceum Ogólnokształcącego
im. Jana Kasprowicza
w Łodzi

***PODANIE O ZWOLNIENIE Z ĆWICZEŃ
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO***

Proszę o zwolnienie częściowe/ całkowite* z ćwiczeń na zajęciach wychowania
fizycznego, mojego syna /mojej córki*
ucznia/uczennicy* klasy w okresie oddo.....
zgodnie z **załączonym** orzeczeniem lekarskim.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia
lub ucznia pełnoletniego)

Załącznik: orzeczenie lekarskie

Decyzja Dyrektora Szkoły:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(data, podpis dyrektora)

.....
(data, podpis nauczyciela wychowania fizycznego)

.....
(data, podpis wychowawcy)

* niepotrzebne skreślić