

.....
Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

.....
miejscowość, data

.....
.....
Adres

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka
Szkolno – Wychowawczego
w Rydzynie

Dotyczy: zwolnienie 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 załączeniu przedkładam opinię lekarską o ograniczonych możliwościach
uczestniczenia córki/syna*

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

W związku ze zwolnieniem mojej córki/mojego 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, tj.:

.....
(podać dni i godziny zajęć)

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