Olsztyn……………………………

Dane rodziców/prawnych opiekunów/pełnoletniego ucznia

imię i nazwisko………………………………………………

adres…………………………………………………….........

telefon…………………………………………………..........

Dyrektor

V LO im. Wspólnej Europy

W Olsztynie

**PODANIE**

- O ZWOLNIENIE Z WYKONYWANIA OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH NA ZAJĘCIACH Z WF\*

- O ZWOLNIENIE Z REALIZACJI ZAJĘĆ WF\*

Proszę o zwolnienie ucznia/uczennicy *(imię i nazwisko)*...........................................................

z klasy………… w okresie od……………… do………….......................................................

z następujących ćwiczeń fizycznych na zajęciach wychowania fizycznego lub całościowo
z podaniem okresu i przyczyny:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**W tym celu przedkładam niezbędną opinię lekarza oraz oświadczenie o odpowiedzialności prawnej za bezpieczeństwo syna/córki podczas pobytu poza terenem szkoły.**

………………………………………………...

Czytelny podpis rodzica/ucznia pełnoletniego

\**proszę zakreślić właściwą informację*