

Gliwice,

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

.....
adres

.....
miejscowość

Dyrektor
Zespołu Szkół Ekonomiczno-Technicznych
w Gliwicach

Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojej córki/ mojego syna*

ur....., uczennicy/uczni* klasy.....

z zajęć wychowania fizycznego okresie:

- od dnia do dnia.....

- na okres pierwszego/ drugiego* semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres roku szkolnego 20...../20.....

z powodu.....

.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego),

- niepotrzebne skreślić

Gliwice,.....

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

.....
adres

.....
miejscowość

Dyrektor

Zespołu Szkół Ekonomiczno-Technicznych
w Gliwicach

W związku ze zwolnieniem córki/syna* ucznia klasy
w okresie od do
z zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą o zwolnienie córki/syna z obowiązku
obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej /ostatniej lekcji;

.....
wpisać dni tygodnia i godziny zajęć

.....
Biorę pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo córki/syna* w tym czasie
poza terenem szkoły.

.....
czytelny podpis rodzica

Decyzja dyrektora szkoły:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

Uwaga: W czasie, gdy uczeń jest zwolniony nie może przebywać na terenie szkoły.

.....
data, podpis dyrektora

.....
podpis rodzica

.....
data, podpis wychowawcy

.....
data, podpis nauczyciela wf

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE

Uczeń klasy Zespołu Szkół Ekonomiczno-Technicznych w Gliwicach

.....
imię i nazwisko ucznia – data urodzenia

zwolniony jest z zajęć wychowania fizycznego całkowicie *, częściowo *

.....
rodzaj ćwiczeń, których uczeń nie może wykonywać

- od dniado dnia.....
- na okres pierwszego */drugiego * semestru roku szkolnego.....
- na okres roku szkolnego.....

z powodu.....
podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej

- niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęć lekarza