Kielce, dn. ……………………………

…………………………………………………………………………..

 /nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna/

………………………………………………………………………

 /adres zamieszkania/

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki\* …………………………………………………………………………………………… ur. …………………………………..…….., ucznia/ uczennicy\* klasy ……….………… z zajęć wychowania fizycznego w okresie od ……………………… do …………………………………………………….. z powodu …………………………………………………………………………………………………………………………………………. .

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

…………………………………..……………….

/czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/

**OŚWIADCZENIE**

W związku ze zwolnieniem syna/córki\* ………………………………………………………………………… z zajęć wychowania fizycznego proszę o zwolnienie z obowiązku obecności na zajęciach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji w dniach (***proszę podać konkretne dni tygodnia i zaznaczyć czy jest to pierwsza czy ostatnia lekcja***) …………………………………………………….…………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………..Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo córki/syna\* w czasie trwania powyższych zajęć.

…………………………………..……………….

/czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/

\**- niepotrzebne skreślić*