Wschowa, dnia ……………………

.......................................................................  
 Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

......................................................................  
 adres zamieszkania

Dyrektor

I Zespołu Szkół im. Stanisława Staszica  
 we Wschowie

Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki ………………………….........................................….………………………., ucznia/uczennicy klasy ……………………………………………... z ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego w okresie od .................................................................. do ……………………………………….……...................... zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim.

……………………………………………………..

podpis rodzica / prawnego opiekuna

1.Podczas trwania lekcji z wyżej wymienionego przedmiotu uczeń ma obowiązek przebywania w sali, w której odbywają się zajęcia.

2. W sytuacji, gdy lekcja wychowania fizycznego jest lekcją rozpoczynającą lub kończącą zajęcia   
w danym dniu, uczeń może zostać zwolniony do domu za zgodą rodziców, którzy biorą odpowiedzialność za bezpieczeństwo ucznia.

Oświadczam, że biorę odpowiedzialność za syna / córkę w czasie jego nieobecności na lekcjach wychowania fizycznego w przypadku opisanym w punkcie 2.

………………………………………………………..

podpis rodzica / prawnego opiekuna