

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna

.....
adres zamieszkania rodziców

.....
telefon kontaktowy

Dyrektor

**XVI Liceum z Oddziałami
Dwujęzycznymi
im. S. Sempołowskiej
ul. ks. J. Popiełuszki 5
01-786 Warszawa**

Podanie o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego mojego syna / mojej córki*

.....
ur., ucznia / uczennicy* klasy

z zajęć wychowania fizycznego

od dnia do dnia

na okres I semestru roku szkolnego 20...../20.....*

na okres II semestru roku szkolnego 20...../20.....*

na okres roku szkolnego 20...../20.....*

z powodu
(podać diagnozę schorzenia w formie umożliwiającej zachowanie tajemnicy lekarskiej)

.....
data i podpis rodzica / prawnego opiekuna

Załącznik – zaświadczenie lekarskie

*niepotrzebne skreślić