

Szczecin, dn.

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

.....

.....

.....
adres zamieszkania

Wychowawca klasy
Pani/Pan

.....
XIV Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
w Szczecinie

Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego oraz decyzji dyrektora szkoły
nr zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka

.....
imię i nazwisko ucznia, klasa

z obowiązku obecności na lekcjach wychowania fizycznego, które odbywają się na pierwszych
lub ostatnich godzinach lekcyjnych na okres obowiązywania zwolnienia. Lekcje te, w bieżącym
planie lekcji, odbywają się w następujących terminach:

.....
dzień/dni tygodnia, godzina/-y lekcyjna/-e

Zdaję sobie sprawę, że w tym czasie szkoła nie ponosi odpowiedzialności za życie lub zdrowie
mojego dziecka.

.....
podpis rodzica /prawnego opiekuna

Szczecin, dn.

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

.....
adres zamieszkania

Wychowawca klasy
Pani/Pan

.....
Gimnazjum Nr 32
z Oddziałami Dwujęzycznymi
w Szczecinie

Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego oraz decyzji dyrektora szkoły
nr zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka

.....
imię i nazwisko ucznia, klasa

z obowiązku obecności na lekcjach wychowania fizycznego, które odbywają się na pierwszych
lub ostatnich godzinach lekcyjnych na okres obowiązywania zwolnienia. Lekcje te, w bieżącym
planie lekcji, odbywają się w następujących terminach:

.....
dzień/dni tygodnia, godzina/-y lekcyjna/-e

Zdaję sobie sprawę, że w tym czasie szkoła nie ponosi odpowiedzialności za życie lub zdrowie
mojego dziecka.

.....
podpis rodzica /prawnego opiekuna

Szczecin, dn.

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

.....

.....

adres zamieszkania

Dyrektor
XIV Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
w Szczecinie

Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka

.....
imię i nazwisko ucznia, klasa

z zajęć wychowania fizycznego na okres

Zwolnienie lekarskie w załączeniu.

.....
podpis rodzica / prawnego opiekuna

Szczecin, dn.

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

.....

.....

.....
adres zamieszkania

Dyrektor
Gimnazjum Nr 32
z Oddziałami Dwujęzycznymi
w Szczecinie

Z tytułu posiadanego zwolnienia lekarskiego zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka

.....

imię i nazwisko ucznia, klasa

z zajęć wychowania fizycznego na okres

Zwolnienie lekarskie w załączeniu.

.....
podpis rodzica / prawnego opiekuna