



Zespół Szkół w Mieście Obrzycko

.....
(miejscowość, data)

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

.....
(adres zamieszkania, telefon kontaktowy)

**Dyrektor
Zespołu Szkół
w Mieście Obrzycko**

Wniosek o zwolnienie z realizacji zajęć wychowania fizycznego

Proszę o zwolnienie mojego syna/córki*
ur., ucznia/uczennicy* klasy, z realizacji zajęć wychowania
fizycznego całkowitego/częściowego* w okresie: od dnia do dnia
..... roku szkolnego 2023/2024.

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską o braku możliwości uczestnictwa ucznia w tych zajęciach.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)



Zespół Szkół w Mieście Obrzycko

.....
(miejsowość, data)

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

.....
(adres, telefon)

**Dyrektor
Zespołu Szkół
w Mieście Obrzycko**

W związku z nieuczestniczeniem syna/córki*
(imię i nazwisko)

ucz. kl. w realizowanych zajęciach Wychowania fizycznego zwracam się z prośbą
o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na
pierwszej/ostatniej lekcji:.....
(prosimy wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

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

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Decyzja Dyrektora Szkoły: Wyrażam/nie wyrażam zgody*

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

.....
(data, podpis dyrektora)

.....
(data, podpis rodzica)

.....
(data, podpis nauczyciela WF)

.....
(data, podpis wychowawcy)

*niewłaściwe skreślić