



Poznań, dnia _____

imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna

miejsce zamieszkania

Dyrektor
I Liceum Ogólnokształcącego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Proszę o zwolnienie mojej córki / mojego syna (*) _____

uczenncy / ucznia klasy (*) _____

☐ z wykonywania określonych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego

☐ z realizacji zajęć wychowania fizycznego

w okresie od _____ do _____

na podstawie opinii lekarskiej z dnia _____.

podpis rodzica / prawnego opiekuna

Proszę o zwolnienie z obecności na zajęciach wychowania fizycznego w przypadku, gdy zajęcia przypadają na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej w planie klasy w danym dniu. Jednocześnie oświadczam, że w takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za dziecko.

podpis rodzica / prawnego opiekuna

(*) niepotrzebne skreślić