

.....  
Imię i nazwisko rodzica

Nowy Dwór Gdański, .....

.....  
Adres zamieszkania, telefon

Dyrektor  
Liceum Ogólnokształcącego  
im. Ziemi Żuławskiej  
w Nowym Dworze Gdańskim

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OKREŚLONYCH ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH  
NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojej córki/syna

.....  
(imię i nazwisko)

uczennicy/ucznia klasy .....

z następujących ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego (na podstawie opinii wydanej przez lekarza):

.....  
.....

w okresie:

- od dnia ..... do dnia .....

- na okres I/II semestru roku szkolnego 20...../20.....

- na okres roku szkolnego 20...../ 20.....

z powodu:

.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego