..……………………………………….……. Żory, ……………………

imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia

**Dyrektor**

**CKZiU w Żorach**

**WNIOSEK  
O ZWOLNIENIE NA ZAJĘCIACH WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Proszę o zwolnienie mojego syna /mojej córki/ mnie\* ……………………………………………...

ur. ………………………..…..…..……. w ……………………………..……..………..,   
ucznia / uczennicy\* klasy …………….……..…… na zajęciach **wychowania fizycznego** w okresie:

od dnia ……………….………...……..………. do dnia …………....…..…………………….

**zgodnie ze wskazaniami zawartymi w dołączonej opinii lekarskiej**.

W przypadku zwolnienia z realizacji zajęć wychowania fizycznego zwracam się z prośbą   
o zwolnienie syna /córki/ mnie\* z obowiązku obecności na ww. zajęciach w przypadku, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji.

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo   
syna / córki / moje\* w tym czasie poza terenem szkoły.

\* niepotrzebne skreślić

……….…………………………………..

czytelny podpis

rodzica / opiekuna prawnego / pełnoletniego ucznia