

(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego ucznia)

Warszawa,

.....

(data)

(adres zamieszkania, telefon)

.....

Szanowna Pani
mgr inż. Anna Chylińska
Dyrektor
Zespołu Szkół
Gastronomiczno-Hotelarskich

ul. Majdańska 30/36
04-110 Warszawa

W związku ze zwolnieniem syna/

**córki*ucz. kl. w okresie
od..... do.....**

**Z zajęć z 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:**

.....
(wpisać dni tygodnia i godziny zajęć)

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

.....
(podpis rodzica/ opiekuna/ ucznia)

.....

(data i podpis wychowawcy)

.....

(data i podpis nauczyciela wychowania fizycznego)

*niepotrzebne skreślić

(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego ucznia)

Warszawa,

.....

(data)

(adres zamieszkania, telefon)

.....

Szanowna Pani
mgr inż. Anna Chylińska
Dyrektor
Zespołu Szkół
Gastronomiczno-Hotelarskich

ul. Majdańska 30/36
04-110 Warszawa

PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Proszę o zwolnienie mojego syna/ córki*

ur., ucznia/ uczennicy* klasy..... z zajęć

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

na okres I lub II* roku szkolnego 20...../ 20.....

z powodu

.....
.....
.....

W załączeniu przedstawiam zaświadczenie lekarskie.

.....
(podpis rodzica/ opiekuna/ ucznia)

*odpowiednie zakreślić

ZWOLNIENIE LEKARSKIE
Z ĆWICZEN WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
UCZNIA ZESPOŁU SZKÓŁ GASTRONOMICZNO- HOOTELARSKICH
W WARSZAWIE

(wypełnia uczeń)

Imię i nazwisko ucznia.....

Klasa.....

Adres.....

(wypełnia lekarz)

1. Uczeń ma przeciwwskazania medyczne do wykonywania poniższych ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego:

.....
.....
.....

2. Uzasadnienie, opinia całkowitego zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego

.....
.....
.....

3. Uczeń jest zwolniony z zajęć wychowania fizycznego

- na okres I roku szkolnego 20...../20.....
- na okres II roku szkolnego 20...../20.....
- na okres całego roku szkolnego 20...../20.....
- w okresie od..... do.....

4. Uczeń może*/ nie może uczestniczyć w praktycznej nauce zawodu.

Miejscowość, data.....

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić