

Gubin, dnia \_\_\_/\_\_\_/201\_\_\_

DANE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW  
UCZNIA PEŁNOLETNIEGO

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel dom. \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DYREKTOR**

**Europejskiego Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego  
W Gubinie  
ul. Pułaskiego 1**

**PODANIE O ZWOLNIENIE Z ZAJĘĆ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Uprzejmie proszę o zwolnienie /mojego syna/córki/mnie<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

ur. \_\_\_\_\_ ucznia/uczennicy klasy \_\_\_\_\_

z zajęć wychowania fizycznego w okresie:<sup>2</sup>

- od dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;
- na okres I semestru roku szkolnego 200 \_\_\_/200\_\_\_;
- na okres II semestru roku szkolnego 200 \_\_\_/200\_\_\_;
- na okres roku szkolnego 200\_\_\_/200\_\_\_;

z powodu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

W załączeniu przedstawiam opinię lekarską.

Z poważaniem

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić

<sup>2</sup> Właściwe zaznaczyć