

Wrocław, dnia.....

.....

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Dyrektor Liceum Ogólnokształcącego nr X
im. Stefanii Sempołowskiej
we Wrocławiu

W związku z zaświadczeniem lekarskim, zwracam się z prośbą o zwolnienie mnie z realizacji zajęć wychowania fizycznego w okresie od..... do

Jednocześnie proszę o zwolnienie mnie z obowiązku obecności na w/w zajęciach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji

.....

(wypisać dni tygodnia i godziny zajęć.)

.....

(podpis ucznia pełnoletniego)